

**Beretning til statsrevisorerne
om
ventetider i sygehussektoren**

**Oktober 2002
RB A101/02**



Rigsrevisionen

Indholdsfortegnelse

	Side
I. Resumé	5
II. Indledning, formål, afgrænsning og metode.....	15
A. Indledning	15
B. Formål	19
C. Afgrænsning.....	19
D. Metode	20
III. Systemer til registrering og beregning af ventetider samt deres kvalitet	20
A. Landspatientregisteret	21
a. Generelt	21
b. Kontrol med og afhjælpning af datafejl, såkaldt validering....	23
c. Registrering af ventetid	24
B. Indenrigs- og Sundhedsministeriets Ventetidsinformation, herunder det frie sygehusvalg	27
a. Indledning.....	27
b. Ventetidsinformation.....	29
c. Ventetidsinformationens kvalitet	30
d. DRG-systemet	32
e. Udnyttelse af det frie sygehusvalg	32
IV. Ventetidernes længde og omfang, herunder hvorvidt ventetids- målsætninger og lovmæssigt fastsatte maksimale ventetider for behandling er opfyldt.....	34
A. Målsætning om højst 3 måneders ventetid.....	34
B. Særligt om hjertesygdomme	39
C. Lovmæssigt fastsat maksimal ventetid for behandling af livstruende sygdomme	41
V. Indsatsen, herunder særlig Indenrigs- og Sundhedsministeriets rolle, med henblik på nedbringelse af ventetiderne	45
A. Kommissioner, udvalg og styregrupper	45
B. Ventetidsmål samt aktiviteter og dertil knyttede økonomiske forudsætninger i økonomiaftalerne	49
a. Ventetidsmål.....	49
b. Aktiviteter og dertil knyttede økonomiske forudsætninger....	50
C. Opfølgning på økonomiaftaler og planer	53
D. Særlige puljemidler	55
a. Omstillings- og incitamentspuljen i 1997	55
b. Pulje i 2002 til at øge behandlingsskapaciteten	57
Bilag:	
1. International sammenligning	60

Beretning om ventetider i sygehussektoren

I. Resumé

Indledning, formål, afgrænsning og metode

1. Beretningen vedrører statsregnskabet § 16. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Tidsmæssigt vedrører beretningen perioden 1990 - august 2002, særlig med vægt på perioden fra 1993 til udgangen af 2001. Betegnelsen Sundhedsministeriet er derfor ofte anvendt i beretningen.

Danmarks offentlige sygehuse hører i henhold til lov om sygehusvæsenet under amtskommunerne eller Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S). Amtskommunerne er omfattet af bestemmelserne om det kommunale selvstyre, som er nærmere fastlagt i lov om kommunernes styrelse, og H:S er omfattet af en særlig lov, som i mange henseender bygger på de samme principper om selvstyre. Rigsrevisionens revisionskompetence på området er dermed begrænset, idet der dog gælder en undtagelse med hensyn til H:S.

Indenrigs- og sundhedsministeren har ifølge lov om sygehusvæsenet hjemmel til at fastsætte nærmere regler på en række afgrænsede områder, men har ikke noget lovfæstet ansvar for sektorens udvikling.

Ministeriets indflydelse på sundhedssektorens udvikling, herunder initiativer til nedbringelse af patientventetiderne, er – ud over fx ved lovgivning – kommet til udtryk i de årlige økonomiaftaler, indgået mellem regeringen såvel med Amtsrådsforeningen som med Københavns og Frederiksberg Kommuner vedrørende H:S om fastsættelsen af bloktilskuddene for det kommende år. Økonomiaftalerne mellem regeringen og de 2 kommuner behandles ikke nærmere i beretningen, idet de indholdsmæssigt svarer til aftalen med Amtsrådsforeningen.

2. Lange ventetider i sygehussektoren har i de senere år været i fokus i den offentlige debat, og formålet med undersøgelsen, der afrapporteres i denne beretning, har været at belyse en række af de aspekter, der knytter sig til dette problem.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har oplyst, at ventetider er resultatet af en række komplekse problemstillinger

mellem faktorer på såvel efterspørgselssiden som udbudssiden i sundhedsvæsenet.

Undersøgelsen har nærmere haft til formål at belyse:

- Kvaliteten af de ventetidsoplysninger, der udledes af Landspatientregisteret og Sundhedsministeriets Ventetidsinformation.
- Ventetidernes længde og omfang, herunder hvorvidt ventetidsmål og bestemmelser om maksimale ventetider for behandling er opfyldt.
- Indsatsen, herunder særlig Indenrigs- og Sundhedsministeriets rolle, med henblik på nedbringelse af ventetiderne.

Undersøgelsen er afgrænset til somatiske (fysiske) sygdomme, der behandles kirurgisk, og omfatter ganske særlig de elektive (planlagte) kirurgiske behandlinger, som først og fremmest er det område, der frembyder ventetidsproblemer.

Fokus i undersøgelsen har været rettet mod Sundhedsministeriets rolle på ventetidsområdet. Rigsrevisionen har ikke foretaget nærmere undersøgelser af ventelisteadministrationen på sygehuse og har afgrænset sin undersøgelse til overordnede systemer til registrering og information vedrørende ventetider og til aktiviteter samt initiativer, der direkte er rettet mod ventetidernes nedbringelse.

Undersøgelsen er gennemført på grundlag af statistikker, data fra Landspatientregisteret, aftaler, handlingsplaner og strategier mv., indhentet i Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen, samt oplysninger fra internettet. Endvidere har oplysninger, fremkommet på møder med repræsentanter for Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen og H:S samt ved brevveksling og sagsgennemgang i ministeriet, ligget til grund for udarbejdelsen af beretningen. Ved besøg på et amtssygehus og et sygehus under H:S er Rigsrevisionen blevet orienteret om de forhold, der knytter sig til administrationen af ventetider.

Beretningen har i udkast været forelagt Indenrigs- og Sundhedsministeriet, hvis oplysninger og bemærkninger i videst muligt omfang er indarbejdet i beretningen.

Systemer til registrering og beregning af ventetider samt deres kvalitet

3. Landspatientregisteret, der blev oprettet i 1977 med Sundhedsstyrelsen som dataansvarlig, er et individbaseret centralt register. Sundhedsministeriet og en række andre brugere har adgang til at trække oplysninger fra registeret. Landspatientregisteret ajourføres ved dataoverførsel fra de lokale patientregistreringssystemer.

Ifølge Indenrigs- og Sundhedsministeriet defineres ventetid som tidsrummet mellem henvisningsdato og indlæggelsesdato, hvor indlæggelsesdatoen for ambulante patienter er datoen for første besøg. Ventetiden fra henvisning til sygehusets forundersøgelse af patienten er en anden relevant periode.

Forundersøgelser registreres i Landspatientregisteret som en ambulant kontakt, og denne kontakt registreres uafhængig af resten af patientforløbet, hvorfor der via Landspatientregisteret ikke kan hentes oplysninger om ventetiderne til forundersøgelse og ventetiderne fra forundersøgelse til behandling for den enkelte patient, men alene om den samlede ventetid fra henvisning til behandling.

Den grundlæggende registrering af ventetid er et element i sygehusenes integrerede patientregistreringssystemer og er dermed låst fast i en række procedurer, der logisk skal hænge sammen, og som yderligere er genstand for en kontrol i Landspatientregisteret. Dette skaber efter Rigsrevisionens vurdering en betydelig sikkerhed for, at ventetider indgår korrekt i Landspatientregisteret.

Det er efter Rigsrevisionens vurdering en mangel, at Landspatientregisteret alene registrerer tiden fra lægehenvielsen til sygehusbehandlingen, men ikke særskilt den ventetid, der medgår fra henvisning til forundersøgelse, uanset at der i de senere år i økonomiaftalerne også indgår et særligt ventetidsmål for dette tidsrum. Landspatientregisteret vil ifølge ministeriet fra januar 2003 være klar til at modtage data som grundlag for overgang til såkaldt forløbsbaseret registrering, hvilket vil være første skridt på vejen til at afhjælpe denne mangel.

Fra 1. juli 2002 skal sygehusene alene registrere passiv ventetid i de tilfælde, hvor det er patientens egne forhold, der bevirker, at en behandling udsættes. Rigsrevisionen vurderer, at denne ændring er velbegrundet.

Der blev ved en række lovbekendtgørelser fastsat særlig korte maksimale ventetider for undersøgelse og behandling af livstruende hjertesygdomme og kræftsygdomme. Det kan af registreringsmæssige årsager ikke på baggrund af Landspatientregisteret vurderes, om de maksimale ventetidsmål for livstruende sygdomme er opfyldt, idet det afhænger af kliniske vurderinger, der ikke indgår i registeret, om patienten er omfattet af ordningen.

4. Information til patienterne om ventetiden ved de enkelte sygehuse var et af redskaberne til fra 1993 at realisere en lovmæssigt bestemt intention om, at det frie sygehusvalg skulle sikre en mere rationel udnyttelse af sygehusenes kapacitet, bl.a. for at nedbringe ventetiderne. På denne baggrund etableredes først Sundhedsstyrelsens Ventelisteregister, der blev nedlagt i 1998 som uanvendeligt, og herefter det nuværende Sundhedsministeriets Ventetidsinformation.

Systemet indeholder fra primo juli 2002 ventetidsoplysninger for i alt ca. 125 behandlinger og undersøgelser, herunder alle livstruende hjerte- og kræftsygdomme, hvortil kommer oplysning om nogle diagnostiske udredninger, så registeret i alt indeholder oplysning om ca. 130 procedurer.

Informationerne er baseret på de enkelte sygehusafdelingers skøn over, hvor lang tid patienter, der aktuelt skrives på venteliste, maksimalt vil komme til at vente.

En brugerundersøgelse af Ventetidsinformation i form af en spørgeskemaundersøgelse blandt patientvejlederne med relativt positive resultater, meget få klager til ministeriet over systemet samt en væsentlig udvidelse af informationerne heri fra juli 2002 tyder efter Rigsrevisionens vurdering på, at det har en tilfredsstillende informationsværdi.

Skønnene i Ventetidsinformation er med hensyn til kræftsygdomme mere præcise end for andre sygdomme, da det drejer sig om sygdomme, hvis behandling har høj prioritet og er omfattet af bestemmelser om korte maksimale ventetider.

Der blev med særlig lovhjemmel fra 1. juli 2002 gennemført en udvidelse af det frie sygehusvalg i de tilfælde, hvor vedkommende hjemamt ikke kan tilbyde patienten undersøgelse og behandling inden for 2 måneder.

Med hensyn til udnyttelsen af det frie sygehusvalg har ministeriet i en række sammenhænge understreget vigtigheden af, at amterne informerer patienterne herom. Opgø-

relser viser, at der siden 1993 har været en svag stigning i antallet af patienter, der behandles uden for eget amt, men der er ikke hidtil foretaget en generel undersøgelse af, i hvilket omfang det frie sygehusvalg har ført til en udjævning af ventetiderne samt medført en bedre udnyttelse af ressourcerne. Det er ministeriets vurdering, at dette ikke er sket i tilstrækkelig grad.

Ministeriet bør efter Rigsrevisionens vurdering fortsat løbende overveje, hvilke skridt der kan tages for at drage større nytte end hidtil af det frie sygehusvalg. Rigsrevisionen finder, at ministeriet bør overveje, om der ved fremtidige ændringer i Landspatientregisteret, herunder etableringen af forløbsbaserede registreringer, vil kunne skabes grundlag for at foretage sammenholdelser mellem oplysningerne i Landspatientregisteret og i Ventetidsinformation.

Ventetidernes længde og omfang, herunder hvorvidt ventetidsmål og lovmæssigt fastsatte maksimale ventetider for behandling er opfyldt

5. Det har siden 1993 været en målsætning – der fra 2000 er blevet formaliseret – at ventetiden til behandling højst må være 3 måneder fra henvisning. Målsætningen er imidlertid langt fra opfyldt ved udgangen af 2000, hvor ventetidssituationen stort set var uændret siden 1993. For de elektive, dvs. planlagte kirurgiske behandlinger, ventede således i 2000 ca. 67.000 af patienterne, svarende til 34 %, mere end 3 måneder på behandling regnet fra henvisning. For ambulante patienters vedkommende drejede det sig om 12 %, eller ca. 180.000 patienter.

Det kan fremhæves, at antallet af kirurgiske behandlinger af heldøgnspatienter faldt i perioden 1993-2000 fra ca. 622.000 til ca. 594.000, men langt blev overgået af en stigning i de ambulante besøg fra ca. 3,2 mio. til ca. 4,4 mio.

Ventetiderne på hjerteområdet er derimod nedbragt betydeligt, så kun ganske få i 2001 ventede mere end 3 måneder på forundersøgelse eller operation.

De maksimale ventetider, der er fastsat på kræftområdet, er næsten fuldt ud overholdt, men dog ikke med hensyn til strålebehandling, hvilket fremgår af Landspatientregisteret for 2000 og Ventetidsinformation i april 2002.

Rigsrevisionen har sammendraget resultaterne af nogle undersøgelser af ventetidsproblemet i international belysning, jf. bilag 1. Det fremgår heraf, at ventetidsproblemet

synes at være mindre i Danmark end i de fleste sammenlignelige lande med gratisprincip for sygehusbehandling.

Indsatsen, herunder særlig ministeriets rolle med henblik på nedbringelse af ventetiderne

6. Med henblik på at skabe grundlag for og opfølgning på aktiviteter, der kunne fremme realiseringen af ventetidsmålene, er der siden 1993 med ministeriet blandt initiativtagerne blevet nedsat en række udvalg, kommissioner og følgegrupper. Rapporter og anbefalinger fra disse grupper har i høj grad ligget til grund for udformningen af økonomiaftalerne.

Det drejer sig navnlig om Sundhedsministeriets Ventetidsudvalg, Sygehuskommissionen, Hjertefølgegruppen og Kræftstyregruppen. Disse 4 grupper/udvalg/kommissioner har været sammensat af repræsentanter for Sundhedsministeriet, Amtsrådsforeningen/H:S, Finansministeriet og Økonomiministeriet samt en bred faglig repræsentation.

Ventetidsudvalget, som blev nedsat i 1993, skulle fremsætte forslag til realisering af en målsætning, aftalt samme år mellem sundhedsministeren, Amtsrådsforeningen samt Københavns og Frederiksberg Kommuner om, at ventetiden for den enkelte patient gradvist skulle nedsættes til højst 3 måneder – inden udgangen af 1995. Udvalget afgav i 1993 en rapport med en række forslag til nedbringelse af ventetiderne. Udvalgets afsluttende rapport fra 1997 illustrerede en række yderst komplekse sammenhænge og problemstillinger med hensyn til ventelister og aktivitet på sygehusområdet. Dette førte til, at fokus i de efterfølgende års indsats på ventelisteområdet i højere grad blev vendt mod udvalgte behandlingsområder, særligt vedrørende de livstruende sygdomme på hjerte- og kræftområdet.

I overensstemmelse hermed var Hjertefølgegruppen allerede nedsat i 1993, og Kræftstyregruppen blev det i 1998.

7. Den nævnte målsætning om gradvis nedsættelse af ventetiden til 3 måneder var ifølge ministeriet ikke bindende for sygehusejerne, men har været en underliggende målsætning, der har været brugt som snit i nøgletalspublikationer og undersøgelser mv.

Ifølge økonomiaftalerne siden 1993 har der mellem parterne været enighed om, at ventetiderne skulle nedbringes gennem ekstraordinær forøgelse af operationskapaci-

tet, øget aktivitet på hjerteområdet, oprettelse af patientvejlederfunktioner samt krav om servicemål for sygehuse-
ne. Desuden har der været enighed om behovet for fortsat
forbedret registrering af opfølgning på aktivitet og service.

Konkrete mål for nedbringelse af ventetider er i de se-
nere år indgået mere direkte i økonomiaftalerne. Den un-
derliggende målsætning om højst 3 måneders ventetid blev
således formelt fastslået i økonomiaftalen for 2000 som
omfattende 85 % af ikke-akutte heldøgnspatienter og i af-
talen for 2002, hvor det drejede sig om alle patienter. Her-
udover fremgår det bl.a. af økonomiaftalen for 1999, at
Sundhedsstyrelsen inden udgangen af 1998 skulle opstille
overgrænser for den fagligt acceptable ventetid for nogle
af de mest alvorlige sygdomme, hvilket har resulteret i se-
nere bekendtgørelser om maksimal ventetid på hjerte- og
kræftområdet.

I økonomiaftalen for 2000 mellem regeringen og Amts-
rådsforeningen indgik en udviklingsplan for sundhedsområ-
det i perioden 2000-2002. I aftalen blev der opstillet flere
mål for ventetider, bl.a. at mindst 85 % af alle patienter –
som det er klinisk relevant for – skal tilbydes forundersø-
gelse inden 4 uger fra henvisning.

Hvad angår aktiviteter og dertil knyttede økonomiske
forudsætninger, indebar økonomiaftalen for 2000 en afgø-
rende ændring i forhold til aftalerne for de foregående år,
idet den indeholdt en 3-årig udviklingsplan for sundheds-
området i perioden 2000-2002, hvis konkrete udmøntning
skulle tilrettelægges i de enkelte amter. Der blev i ministe-
riets regi nedsat en gruppe med repræsentanter for syge-
husejerne og ministeriet, der følger udviklingen i de enkel-
te elementer i planen. Økonomiaftalerne for 2001 og 2002
var udtryk for, at den 3-årige udviklingsplan skulle følges
og udbygges. Som et incitament til at gennemføre aktivite-
terne har økonomiaftalerne for 1994, 1999, 2000, 2001 og
2002 indeholdt forudsætninger om, at amterne anvender
dele af deres økonomiske råderum til ventetidsnedsættelse
eller får forhøjet deres bloktilskud med samme sigte.

Undersøgelsen har vist, at ministeriets rolle i initiativer-
ne til nedbringelse af ventetiderne navnlig har bestået i
gennem økonomiaftalerne og deltagelse i relevante kom-
missioner og udvalg mv. at fastsætte ventetidsmål og at
påvirke sygehusejerne til at yde en indsats på særlige om-
råder, der kan bidrage til at nedbringe ventetiderne, even-

tuelt suppleret med aftaler om bloktilskudsforhøjelser og anvendelse af amternes økonomiske råderum til ventetidsnedsættelse. I overensstemmelse med lovgivningens ansvarsfordeling kan ministeriet ikke influere på sygehuse-nes nærmere dispositioner, hverken med hensyn til økonomi, planlægning eller opfølgning. I den undersøgte periode, navnlig fra 2000, er der med den 3-årige udviklingsplan for sundhedsområdet sket en tydeliggørelse og systematisering af grundlaget for, at ministeriet kan påvirke og følge aktiviteterne, bl.a. til nedbringelse af ventetiderne.

8. På finansloven for 1997 blev der under § 16.51.75. Omstillings- og incitamentspulje (reservationsbevilling) afsat 250 mio. kr. til en forstærket indsats på sundhedsområdet. Ifølge anmærkningerne til loven kunne der fra puljen, bl.a. med henblik på at reducere ventetiden på behandling, ydes tilskud til fx projekter, der effektiviserer sygehusdriften, forbedrer samarbejdet og øger anvendelsen af ny teknologi mv. Den nærmere fordeling af puljemidlerne skulle finde sted på grundlag af Sygehuskommissionens betænkning ”Udfordringer i Sygehusvæsenet” fra januar 1997.

Det drejede sig om almindelige statslige tilskud for hvis anvendelse, der skal aflægges revideret regnskab, og for hvilke tilskudsyderen kan stille andre betingelser, herunder indsendelse af rapporter om projektførelsen, hvilket ministeriet drog omsorg for. Derimod afstod ministeriet fra at få efterlevet en aftale med Amtsrådsforeningen og H:S om gennemførelse af en efterfølgende tværgående evaluering og formidling vedrørende erfaringerne fra de i alt 86 projekter, hvortil der blev ydet tilskud. Ministeriet lod dog en række projekter vedrørende henholdsvis elektiv kirurgi og unødige indlæggelser evaluere og betegner disse som de væsentligste af projekterne under puljen. Efter Rigsrevisionens vurdering omfattede denne evaluering kun en beskedent andel af de mange projekter, der støttedes med tilskud. De 2 rapporter om evalueringerne samt resultaterne fra projektrapporterne blev ifølge ministeriets oplysning til Rigsrevisionen anvendt som baggrund for sundhedspolitiske redegørelser og politikformulering. I forbindelse med økonomiaftalen for 2000 blev der således ifølge ministeriet indgået aftale om udviklingen på sygehusområdet, der tog afsæt i erfaringerne fra Omstillings- og incitamentspuljen. Ministeriets projektsager indeholdt ikke oplysninger om grunden

til, at den omhandlede evaluering og erfaringsformidling blev opgivet, og Omstillings- og incitamentspuljen var ikke nævnt i økonomiaftalen. Der var heller ikke dokumentation for, at ministeriet havde gennemgået de modtagne regnskaber og rapporter vedrørende projekterne.

Rigsrevisionen vurderer, at erfaringerne fra projekterne, der fik tilskud under puljen, er blevet anvendt i udviklingen af sygehusvæsenet, men finder, at ministeriets gennemgang af projektreknskaber og rapporter burde have været dokumenteret, og at nytten af projekterne samlet burde have været belyst.

9. På finansloven for 2002 er der afsat en pulje på 1,5 mia. kr. til forøgelse af behandlingskapaciteten på sygehuse. Puljen fordeles til sygehusafdelinger, klinikker mv. under amterne og H:S, der over for ministeriet kan dokumentere en meraktivitet. Den endelige opgørelse af tilskuddenes størrelse vil først blive foretaget i april 2003.

Rigsrevisionen har hæftet sig ved, at ministeriet ved denne ordning mere direkte end tidligere kan påvirke indsatsen i sygehussektoren, og at der er særlig lovhjemmel hertil.

Rigsrevisionens undersøgelse har vist:

Ad systemer til registrering og beregning af ventetider samt deres kvalitet

- at der er en betydelig sikkerhed for, at ventetiderne fra lægehenvi- sning til behandlingen på sygehuset indgår korrekt i Landspatientregisteret,
- at tiden fra henvi- sning til forundersøgelse ikke er særskilt registreret i Landspatientregisteret, hvilket er en mangel, der fra januar 2003 er taget skridt til at afhjælpe, og
- at Sundhedsministeriets Ventetidsinformation, der indeholder oplysning om sygehusenes forventede ventetider for behandling af en lang række sygdomme, synes at have en tilfredsstillende informationsværdi.

Ad ventetidernes længde og omfang, herunder hvorvidt ventetidsmål og lovmæssigt fastsatte maksimale ventetider for behandling er opfyldt

- at der under ét er sket en betydelig stigning i det samlede antal af operationer af heldøgnspatienter og ambulante behandlinger med henblik på bl.a. at løse ventetidsproblemet,

- at ventetidernes længde og det antal patienter, der ventede på kirurgisk behandling af elektive (planlagte) somatiske (fysiske) sygdomme, stort set er uforandret i perioden 1993-2000,
- at en målsætning siden 1993 – der fra 2000 er blevet aftalemæssigt formaliseret – om, at patienterne højst bør vente 3 måneder på behandling, regnet fra henvisning, langt fra er opfyldt,
- at ventetiderne på hjerteområdet er reduceret betydeligt, så kun ganske få patienter i 2001 ventede mere end 3 måneder på forundersøgelse eller operation, og
- at de maksimale ventetider, der er fastsat på kræftområdet, bortset fra strålebehandling, næsten er fuldt ud overholdt.

Ad indsatsen, herunder særlig ministeriets rolle, med henblik på nedbringelse af ventetiderne

- at ministeriets rolle i initiativerne til nedbringelse af ventetiderne navnlig har bestået i gennem økonomiaftalerne mellem regeringen og sygehusejerne samt deltagelse i relevante kommissioner og udvalg mv. at fastsætte ventetidsmål og at påvirke sygehusejerne til at yde en indsats på særlige områder, der kan bidrage til at nedbringe ventetiderne,
- at der i den undersøgte periode, navnlig fra 2000, med en 3-årig udviklingsplan for sundhedsområdet er sket en tydeliggørelse og systematisering af grundlaget for, at ministeriet kan påvirke og følge aktiviteterne, bl.a. til nedbringelse af ventetiderne,
- at erfaringerne fra projekter, der fik tilskud fra Omstillings- og incitamentspuljen, blev anvendt i udviklingen af sygehusvæsenet, men at ministeriets gennemgang af projektregnskaber og rapporter burde have været dokumenteret, ligesom nytten af projekterne samlet burde have været belyst, og
- at ministeriet mere direkte end tidligere ved særlig lovhjemmel kan påvirke indsatsen i sygehussektoren vedrørende anvendelsen af tilskud fra den pulje på 1,5 mia. kr., der på finansloven for 2002 er afsat til forøgelse af behandlingskapaciteten.

II. Indledning, formål, afgrænsning og metode

A. Indledning

10. Denne beretning afgives til statsrevisorerne i henhold til § 17, stk. 2, i rigsrevisorloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 3 af 7. januar 1997.

Beretningen omhandler ventetider til patientbehandling i sygehussektoren og initiativer til nedbringelse heraf. Ventetiden kan generelt beskrives som tiden mellem patientens henvisning fra læge til behandlingens påbegyndelse på et sygehus.

Ventetid i sygehussektoren begyndte at blive et landspolitisk problem fra omkring 1980, og der blev fra statens side taget nogle initiativer i dette tiår til at nedbringe ventetiderne.

Ca. 75 % af alle somatiske heldøgnspatienter behandles akut – kirurgisk eller medicinsk – uden ventetid.

Inden for de elektive – dvs. planlagte – behandlinger er det først og fremmest det kirurgiske område, der frembyder ventetidsproblemer.

Ministeriet har oplyst, at udviklingen i ventetider påvirkes af en række væsentlige og delvist overlappende elementer fra sundhedsvæsenets efterspørgselsside, fx den demografiske udvikling, indkomstudviklingen, befolkningens generelle sygelighed, den teknologiske udvikling, nye behandlingsmuligheder, patienternes egne forventninger og krav til behandling, udviklingen i indikations- og henvisningsniveauet til behandling mv. Hovedparten heraf er ifølge ministeriet principielt vanskelig at påvirke sundhedspolitisk eller kan kun påvirkes på lidt længere sigt.

Tidsmæssigt vedrører beretningen perioden 1990 - august 2002, med særlig vægt på perioden fra 1993 til udgangen af 2001. De første målrettede, mere omfattende statslige initiativer til nedbringelse af ventetider, bl.a. den såkaldte hjerteplan og indførelsen af begrebet frit sygehusvalg, går tilbage til 1993.

11. Den centrale registrering af data vedrørende patienter, herunder ventetider, foretages i Landspatientregisteret under Sundhedsstyrelsen, der er optaget på finanslovens § 16. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sundhedsministeriet, der blev oprettet i 1987, hvor det udskiltes fra Indenrigsministeriet, er ved kgl. resolution af 27. november 2001 lagt

sammen med dette ministerium i det nye Indenrigs- og Sundhedsministerium. Da undersøgelsen vedrører perioden siden 1993, er betegnelsen Sundhedsministeriet ofte anvendt i beretningen.

Ministeriet (departementet) offentliggør i Ventetidsinformation oplysninger på sin hjemmeside om sygehusenes ventetider for behandlingen af en lang række nærmere angivne sygdomme.

Dataene i Landspatientregisteret og Ventetidsinformation er indberettet fra sygehusene på grundlag af disses patientadministrative systemer og ventelister.

12. De overordnede nøgletal i det følgende er uddraget af Sundhedsministeriets publikation ”Sundhedssektoren i tal – 2001/2002”, suppleret med enkelte særligt indhentede oplysninger.

Tabel 1 viser udviklingen i de samlede sundhedsudgifter i perioden 1990-2000, opgjort i 2000-priser.

Tabel 1. De samlede sundhedsudgifter (2000-priser)

	1990	1993	1996	2000	Gnsntl. årlig ændring 1990-2000
	----- Mio. kr. -----				%
Offentlige sundhedsudgifter	52.779	57.165	60.152	66.731	2,4
Sygehuse mv.	39.827	41.895	44.590	49.154	2,1
Individuelle sundhedstjenester	12.020	14.009	14.329	16.307	3,1
Administration	717	822	876	990	3,3
I øvrigt	215	439	358	280	2,7
Private sundhedsudgifter	11.582	12.149	13.267	15.840	3,2
Samlede sundhedsudgifter	64.361	69.314	73.419	82.571	2,5

Tabellen viser, at de samlede sundhedsudgifter, målt i faste priser, øgedes fra 64,4 mia. kr. til 82,6 mia. kr., eller en gennemsnitlig årlig realvækst på 2,5 %.

Udgifterne til sygehuse mv., der er i fokus i denne beretning, voksede fra 39,8 mia. kr. til 49,2 mia. kr., svarende til en gennemsnitlig årlig realvækst på 2,1 %. Udgifterne er navnlig forøget i perioden 1996-2000.

De individuelle sundhedstjenester består primært af offentlig sygesikring og kommunale sundhedsordninger.

Det kan oplyses, at udgifterne til psykiatrisk behandling skønsmæssigt udgør ca. 10 % af udgifterne til hospitaler

mv. Posterne "Administration" og "I øvrigt" omfatter administrationsudgifter til de statsinstitutioner, der er optaget under finanslovens § 16. Sundhedsministeriet.

Antallet af beskæftigede, omregnet til fuldtidsansatte, på danske sygehuse voksede fra i alt 81.928 i 1990 til 85.003 i 1999, eller med 3,8 %, hvoriblandt en stigning i antal læger fra 8.922 til 10.284, svarende til 15,3 %, og i antal sygeplejersker fra 23.578 til 27.967, eller 18,6 %.

Sundhedsstyrelsen fører et sundhedsfagligt tilsyn med sektoren i henhold til lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse mv., jf. lovbekendtgørelse nr. 215 af 9. april 1999 med senere ændringer.

13. Danmarks pr. 1. januar 2001 i alt 73 offentlige sygehuse – hvoraf enkelte har flere lokale enheder – hører i henhold til lov om sygehusvæsenet (lovbekendtgørelse nr. 687 af 16. august 1995 med senere ændringer) under amtskommunerne eller H:S. Amtskommunerne er omfattet af bestemmelserne om det kommunale selvstyre, som er nærmere fastlagt i lov om kommunernes styrelse (lovbekendtgørelse nr. 629 af 29. juni 2001), og H:S er omfattet af en særlig lov (lov nr. 1132 af 21. december 1994), som i mange henseender bygger på de samme principper om selvstyre. Rigsrevisionens revisionskompetence på området er dermed begrænset. I henhold til § 6, stk. 3, i loven om H:S kan rigsrevisor dog af egen drift eller på anmodning af statsrevisorerne foranstalte undersøgelser i henhold til rigsrevisorloven af sygehusfællesskabets regnskaber samt udvalgte regnskabsområder herunder.

14. Ministeriet, og dermed også Rigsrevisionen, har adgang til at få indseende i den amtskommunale sektor og H:S på baggrund af, at kommunalbestyrelsen (amtsrådet) og tilsynsrådet ifølge § 63 i den nævnte lov om kommunernes styrelse skal meddele vedkommende minister de oplysninger, som denne måtte forlange. Hertil kommer, at det i henhold til § 15 i lov om sygehusvæsenet påhviler amtskommunerne samt private personer eller institutioner, der driver sygehuse, at give oplysning om virksomheden til de centrale sundhedsmyndigheder efter nærmere af sundhedsministeren fastsatte regler.

Ministeriet har alene fastsat sådanne regler i form af en håndbog for indberetning til Landspatientregisteret, "Fæl-

lesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter”, der udgives af Sundhedsstyrelsen, men har opbygget og vedligeholder en omfattende information om sygehussektoren. Rigsrevisionen har derfor kunnet tilgodese formålet med sin undersøgelse uden at benytte muligheden for via ministeriet eller på grundlag af sin revisionsadgang i H:S særskilt at indhente oplysninger fra amterne og sygehusfællesskabet.

15. Ansvar for planlægning, drift og finansiering af sygehusvæsenet er i henhold til lov om sygehusvæsenet henlagt til amtsrådene og H:S’ bestyrelse. Sundhedsministeren har ifølge loven hjemmel til at fastsætte nærmere regler på en række afgrænsede områder, men har – som præciseret af ministeriet over for Rigsrevisionen – ikke noget lovfæstet ansvar for sektorens udvikling. I anmærkningerne til finanslovens § 16. Sundhedsministeriet er det helt overordnet anført, at ”departementet udøver styrings- og planlægningsfunktioner”.

På det område, der er omfattet af nærværende undersøgelse, har ministeriet ikke udstedt nærmere regler end den nævnte håndbog om indberetning til Landspatientregisteret.

16. Ministeriets indflydelse på sundhedssektorens udvikling, herunder initiativer til nedbringelse af patientventetiderne, er – ud over fx ved lovgivning – kommet til udtryk i de årlige økonomiaftaler, indgået mellem regeringen såvel med Amtsrådsforeningen som med Københavns og Frederiksberg Kommuner vedrørende H:S om fastsættelsen af bloktilskuddet for det kommende år. Bloktilskuddene, som bl.a. bidrager til finansiering af sygehusene, har til amtskommunerne i de senere år andraget 12-13 mia. kr. – i 2002 dog ca. 8,1 mia. kr. Reduktionen af bloktilskuddet i 2002 skyldes helt overvejende en ændret byrdefordeling mellem amter og kommuner på det sociale område og hjemmesygeplejerskeordningen, der ikke berører sygehusvæsenet. Bloktilskud ydet til Københavns og Frederiksberg Kommuner bidrager til finansieringen af H:S’ udgifter. I 2001 og 2002 drejer det sig om 4,4 og 4,8 mia. kr. efter foreløbige opgørelser. I beretningen beskrives de dele af økonomiaftalerne mellem regeringen og Amtsrådsforeningen, der af Rigsrevisionen er anset relevante på ventetidsområdet, men ikke aftalerne med Københavns og Fre-

deriksberg Kommuner. Det skyldes, at disse indholdsmæssigt svarer til aftalerne med Amtsrådsforeningen. I aftalerne for de senere år anfører de 2 kommuner således, at de tilslutter sig aftalen mellem regeringen og Amtsrådsforeningen på sygehusområdet.

17. Konsekvenser af ventetid til operation er behandlet af Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi (DIKE), dvs. det nuværende Statens Institut for Folkesundhed, i en rapport fra december 1998.

Århus Amt afgav i maj 2002 en rapport, ”Århus Amts administration af behandlingsgarantien – set med ventestepatienternes øjne”, der var en opfølgning på en tidligere rapport om samme emne. I rapporten indgik bl.a. en belysning af patienternes oplevelse af ventetid.

Undersøgelserne er med hensyn til den inddragne patientkreds, sygdomme og ventetidssituation for patienterne forskellige. Generelt kan det udledes af rapporterne, at ventetid i varierende grad er belastende for patienterne.

B. Formål

18. Lange ventetider i sygehussektoren har i de senere år været i fokus i den offentlige debat, og formålet med undersøgelsen, der afrapporteres i denne beretning, har været at belyse en række af de aspekter, som knytter sig til dette problem.

Undersøgelsen har nærmere haft til formål at belyse:

- Kvaliteten af de ventetidsoplysninger, der udledes af Landspatientregisteret og Sundhedsministeriets Ventetidsinformation.
- Ventetidernes længde og omfang, herunder hvorvidt ventetidsmål og bestemmelser om maksimale ventetider for behandling er opfyldt.
- Indsatsen, herunder særlig Indenrigs- og Sundhedsministeriets rolle, med henblik på nedbringelse af ventetiderne.

C. Afgrænsning

19. Undersøgelsen er afgrænset til somatiske (fysiske) sygdomme, der behandles kirurgisk, og omfatter ganske

særlig de elektive (planlagte) kirurgiske behandlinger, som først og fremmest er det område, der frembyder ventetidsproblemer.

Fokus i undersøgelsen har været rettet mod Sundhedsministeriets rolle på ventetidsområdet. Rigsrevisionen har ikke foretaget nærmere undersøgelser af ventelistedadministrationen på sygehuse og har afgrænset sin undersøgelse til overordnede systemer til registrering og information vedrørende ventetider og til aktiviteter samt initiativer, der direkte er rettet mod ventetidernes nedbringelse.

D. Metode

20. Undersøgelsen er gennemført på grundlag af statistikker, allerede foreliggende og særligt rekvirerede dataudtræk fra Landspatientregisteret, aftaler, handlingsplaner og strategier mv., indhentet i Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen, samt oplysninger fra internettet. Endvidere har oplysninger, fremkommet på møder med repræsentanter for Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen og H:S samt ved brevveksling og sagsgennemgang i ministeriet, ligget til grund for udarbejdelsen af beretningen. Ved besøg på et amtssygehus og et sygehus under H:S er Rigsrevisionen blevet orienteret om de forhold, der knytter sig til administrationen af ventetider.

21. Beretningen har i udkast været forelagt Indenrigs- og Sundhedsministeriet, hvis oplysninger og bemærkninger i videst muligt omfang er indarbejdet i beretningen.

III. Systemer til registrering og beregning af ventetider samt deres kvalitet

22. De hovedkategorier af systemer, der anvendes på området, er Landspatientregisteret, Sundhedsministeriets Ventetidsinformation og sygehusenes ventelister.

Landspatientregisteret er, som det nærmere vil fremgå af det følgende, et centralt system under Sundhedsstyrelsen, hvori der registreres data om patientdiagnoser og patientbehandling mv., fra hvilket medgået ventetid for patienten kan beregnes.

Sundhedsministeriets Ventetidsinformation indeholder på ministeriets hjemmeside på internettet oplysning fra amterne

og H:S om den forventede maksimale ventetid på de enkelte sygehuse til kirurgisk behandling af livstruende hjerte- og kræftsygdomme samt en lang række behandlinger og undersøgelser.

Sygehusenes ventelister er et element i de enkelte sygehuses patientregistreringssystemer og et redskab til tilrettelæggelse af patientundersøgelser og behandlinger.

Sygehuse – dvs. navnlig de enkelte behandlingsafdelinger – spiller den afgørende rolle i forhold til Landspatientregisteret, idet de hertil fra deres patientregistreringssystemer overfører et vist minimum af data, fastsat af Sundhedsstyrelsen.

Rigsrevisionen har indhentet informationer om, hvorledes sygehuse og enkeltafdelinger fungerer på det pågældende område, men vil i det følgende alene berøre dette som et element i nedenstående gennemgang af Landspatientregisteret og Ventetidsinformation.

A. Landspatientregisteret

a. Generelt

23. Sundhedsstyrelsens ”Sundhedsstatistisk kontor” er ansvarlig for driften af Landspatientregisteret, der er et individbaseret centralt register, hvorfra der bl.a. kan udtrækkes oplysninger om de endeligt konstaterede ventetider i sygesektoren. Sundhedsstyrelsen har outsourcet selve driften af registeret til Landbrugets Edb Center, LEC. Sundhedsministeriet og en række andre brugere har adgang til at trække oplysninger fra registeret. Sundhedsstyrelsen er dataansvarlig og kontrollerer, om indberettede koder for diagnoser og operationer er valide.

24. Registeret blev oprettet i 1977. Det omfattede dengang alene heldøgnspatienter og havde til formål at danne grundlag for sygehusplanlægningen samt udarbejdelse af statistik. I henhold til økonomiaftalen for 1995 indgår der siden dette år også data om skadestuepatienter og ambulante patienter i registeret.

Ifølge ”Anmeldelse af Landspatientregisteret til datatilsynet” har Landspatientregisteret i dag bl.a. til formål at danne grundlag for Sundhedsstyrelsens løbende sygestatistik og forsyne de myndigheder, der er ansvarlige for sy-

gehusplanlægningen med det nødvendige beslutningsgrundlag, samt bidrage til kvalitetssikring i sygehusvæsenet.

25. Landspatientregisteret ajourføres ved dataoverførsel fra de lokale patientregistreringssystemer, gennem hvilke de enkelte sygehuse indberetter en række nærmere definerede oplysninger om afsluttede patientbehandlinger til Landspatientregisteret. Landspatientregisteret modtager ca. 3-4 mio. dataenheder (records) pr. år, hvor hver record indeholder ca. 30 oplysninger. Af de records, som Landspatientregisteret modtager, vedrører ca. 1,2 mio. indlagte patienter, ca. 1,6 mio. ambulante patienter og ca. 1 mio. skadestuepatienter.

26. Sundhedsstyrelsen har udgivet en håndbog, ”Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter”, som indeholder kravene til indberetning til Landspatientregisteret. Den seneste udgave (10) er fra 2001. Bogen er en vejledning til den daglige registreringsansvarlige i sygehusvæsenet, der står for indberetning af data i sygehusets edb-system, og tillige en art systembeskrivelse for software-leverandører, der udvikler patientadministrative systemer.

I ”Fællesindhold” definerer Sundhedsstyrelsen mindstekravene til sygehusenes indberetninger til Landspatientregisteret. Indberetningerne er forinden vedtaget af ”Koordinationsgruppen for individbaseret registrering”. Gruppens medlemmer er udpeget af de enkelte amter, som hver har en repræsentant. Desuden har H:S, Demografisk institut i Århus, Amtsrådsforeningen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen repræsentanter i gruppen.

27. Landspatientregisteret er patientkontaktbaseret. Heri ligger eksempelvis, at en patientforundersøgelse registreres som en kontakt i form af et ambulante besøg. Når forundersøgelsen er afsluttet, indberettes informationerne, knyttet til dennes gennemførelse, til Landspatientregisteret. Resultaterne af forundersøgelsen i, at patienten indlægges til behandling, fx operation, registreres behandlingen som en ny kontakt.

Et andet grundlæggende element i indberetningerne til Landspatientregisteret er, at der skelnes mellem ambulante patienter, deldøgns- og heldøgnspatienter på grundlag af nærmere kriterier, angivet i ”Fællesindhold”.

28. Sygehusene indberetter de afsluttede patientkontakter samt uafsluttede ambulante kontakter til Landspatientregisteret én gang om måneden. Gennemsnitlig indgår dog ca. 20 % af dataene senere end i den måned, hvor de var afsluttet og burde have været indberettet. Årsagen kan typisk være, at tidspres med løsning af andre opgaver på vedkommende sygehus har forsinket indberetningerne til Landspatientregisteret. Den normale opdateringstid på Landspatientregisteret er 4-5 måneder.

b. Kontrol med og afhjælpning af datafejl, såkaldt validering

29. Det er i første række de enkelte sygehuse, der skal sørge for, at data for patientbehandlingen, der rapporteres til Landspatientregisteret, er korrekte.

I Sundhedsstyrelsen foretages der rutinemæssigt en maskinel validering af data, inden de indgår i Landspatientregisteret. Det foregår ved, at der køres et fejlsøgningsprogram, som danner en fejlliste. Dette program omfatter en feltvalidering, dvs. en efterprøvning af, at de enkelte felter i rapporteringsskemaet opfylder nogle enkle krav, fx at datofeltet har en gyldig dato, at personnummerfeltet opfylder kravet til den såkaldte modulus 11-test, der kan vise, om et anvendt CPR-nummer overhovedet kan eksistere, og at diagnosefeltet er udfyldt. Fejlsøgningen omfatter også en krydsvalidering, hvor et felt systemmæssigt sammenlignes med andre felter for derved at afdække logiske brist, fx at indlæggelsesdatoen ikke ligger før henvisningsdatoen.

30. Ifølge Sundhedsstyrelsen kan der, hvis en ny udgave af "Fællesindhold" indeholder mange ændringer, i en periode herefter være op til 50.000 fejlregistreringer pr. måned. Under normale omstændigheder er der ca. 5.000-10.000 fejlregistreringer ud af de ca. 300.000 records, som Landspatientregisteret modtager om måneden. Der konstateres kun et forsvindende lille antal fejlregistreringer vedrørende ventetid.

31. De fejlbehæftede registreringer sendes én gang om måneden tilbage til de enkelte sygehuse, der anmodes om at rette fejlene og tilbagesende korrigerede data til Landspatientregisteret. Der kan gå nogle måneder, før sygehusene returnerer de rettede records.

Alt i alt indebærer forsinkelser med hensyn til indberetninger og fejlretning, at Landspatientregisteret er endeligt opdateret efter 9-10 måneders forløb.

I Sverige og Norge findes alene nogle decentrale patientregistreringssystemer, der ifølge Sundhedsstyrelsen har betydelig længere opdateringstid.

32. Fejlregistreringerne udgår ikke fra fejllisten, før fejlene er rettede. Omfanget af fejlregistreringer fra før 2000 er under 1 %, hvoraf fejl vedrørende ventetid yderligere udgør en forsvindende lille andel.

c. Registrering af ventetid

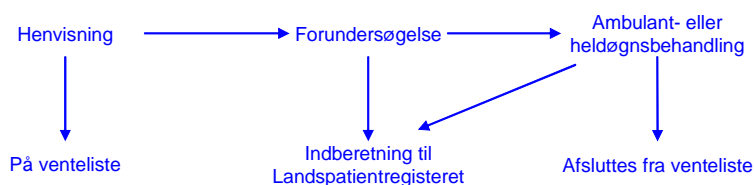
33. Landspatientregisteret er kontaktbaseret og indeholder som følge deraf bl.a. datoer for henvisninger samt patientkontakter til sygehusene, så ventetiderne kan beregnes ud fra disse datoer. Ifølge Indenrigs- og Sundhedsministeriet defineres ventetid som tidsrummet mellem henvisningsdato og indlæggelsesdato, hvor indlæggelsesdatoen for ambulante patienter er datoen for første besøg.

Ventetidsbegrebet kan illustreres ved følgende oversigt:

	Ventetiden er defineret som	Kontakten registreres i Landspatientregisteret
Heldøgnspatienter	Henvisningsdato til indlæggelsesdato	Ved udskrivning
Ambulante	Henvisningsdato til dato for første besøg	Uafsluttede patienter hver måned og ved endt forløb

Til ovenstående kan føjes, at det med hensyn til patientventetider alene er relevant at fokusere på de elektive (planlagte) behandlinger modsat akutte tilfælde.

34. Et typisk forløb for elektiv kirurgisk behandling af en patient kan illustreres ved følgende figur:



35. Som det fremgår af figuren, kommer en patient på ventelisten, når lægens henvisning er modtaget på sygehuset. Patienten udgår af ventelisten ved starten af behand-

lingen, der enten kan foregå ambulant eller ved indlæggelse. Den første indberetning til Landspatientregisteret sker ved den første kontakt til sygehuset – dvs. forundersøgelsen. Henvisningsdatoen indberettes også til Landspatientregisteret, dog først når patienten har været i kontakt med sygehuset.

Da Landspatientregisteret er kontaktbaseret, bliver et samlet behandlingsforløb på et sygehus ofte delt op i 2 eller flere records, som bagefter kun med en betydelig usikkerhed kan omdannes til en sammenhængende beskrivelse af, hvad der er ydet til den enkelte patient. Forundersøgelser registreres i Landspatientregisteret som en ambulant kontakt, og denne kontakt registreres uafhængig af resten af patientforløbet, hvorfor der via Landspatientregisteret ikke kan hentes oplysninger om ventetiderne til forundersøgelse og ventetiderne fra forundersøgelse til behandling for den enkelte patient, men alene om den samlede ventetid fra henvisning til behandling. I økonomiaftalen for 2000 blev der aftalt det mål, at mindst 85 % af alle patienter – som det klinisk er relevant for – skal tilbydes forundersøgelse inden 4 uger efter henvisning. Det kan ikke på grundlag af Landspatientregisteret efterprøves, om denne målsætning er opfyldt.

36. Der har i de seneste år været enighed i det danske sygehusvæsen om, at en overgang til såkaldt forløbsregistrering – dvs. at såvel forundersøgelse som behandling registreres i én record for patienten – i stedet for den nuværende kontaktregistrering vil indebære en række fordele. Sundhedsstyrelsen fik derfor i 1999 til opgave, med baggrund i den ”Nationale strategi for IT i sygehusvæsenet 2000-2002”, at konkretisere forløbsmodel og udarbejde en kravspecifikation til et forløbsbaseret register. Forløbsregistreringen vil være egnet til at opsamle de data, der er nødvendige til beregning af ventetider og dermed til at overvåge, at de opstillede servicemålsætninger bliver opfyldt. Der er i 2001 indledt aftestning af et forløbsbaseret register på Amager Hospital og planlagt gennemført et tilsvarende projekt under Viborg Amt. Indberetninger til det kommende forløbsbaserede Landspatientregister forventes at kunne ske fra 1. januar 2003.

37. Der er ved ændringer af sygehusloven siden 1999 indført korte maksimale ventetider for forundersøgelse og behandling – typisk operation – af livstruende hjerte- og kræftsygdomme.

Det kan af registreringsmæssige årsager ikke på baggrund af Landspatientregisteret vurderes, om de maksimale ventetidsmål for livstruende sygdomme er opfyldt, idet det afhænger af kliniske vurderinger, der ikke indgår i registeret, om patienten er omfattet af ordningen.

38. Et begreb, der har voldt registreringsmæssige problemer, er såkaldt passiv ventetid. Passiv ventetid er ifølge ”Fællesindhold” en ventetid, som ikke skyldes forhold i vedkommende sygehusafdeling (personalemangel, sygdom etc.), men som udelukkende kan henføres til forhold hos patienten. Sådanne forhold kan eksempelvis være personlige ønsker om udsættelse af behandling eller foreligge, når det af lægefaglige grunde er nødvendigt at udsætte behandlingen.

I henhold til 9. udgave af ”Fællesindhold” skulle passiv ventetid, med virkning fra 1999, for første gang registreres. Den skulle opdeles i kategorierne ”Ønsket af patienten”, ”Medicinsk begrundet”, ”Patienten afventer behandlingsmodning”, ”Ventetiden tilhører en anden afdeling”, ”Patient, der går til kontrol” og ”Andet”.

Ministeriet observerede i 2001 ved en gennemgang af nogle ventetidsstatistikker, at visse sygehuse systematisk – efter 1999 – fremtrådte med længere ventetider end de øvrige. Årsagen viste sig at være, at de ikke havde rapporteret om passiv ventetid til Landspatientregisteret som foreskrevet i ”Fællesindhold”. Herved registreredes ventetiden som længere, end den skulle have været ved anvendelse af ovennævnte kriterier for registreringen. Baggrunden for, at de omhandlede sygehuse ikke havde forholdt sig som foreskrevet, var ifølge ministeriet, at de formentlig havde fundet kriterierne for registrering af passiv ventetid for omstændelige og tidskrævende at anvende i praksis, og derfor enten helt eller delvis havde undladt at registrere dette begreb.

Problemet er siden blevet behandlet, bl.a. i ”Koordinationsgruppen for individbaseret registrering”, med det resultat, at passiv ventetid fra 1. juli 2002 alene skal registreres i de tilfælde, hvor det er patientens egne forhold, der bevirker, at en behandling udsættes.

Rigsrevisionens bemærkninger

Landspatientregisteret med Sundhedsstyrelsen som dataansvarlig er et individbaseret centralt register, hvorfra der bl.a. kan udtrages oplysninger om de endeligt konstaterede ventetider i sygehussektoren. Udsendelsen af "Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter", udarbejdet på grundlag af opståede behov samt efter godkendelse af "Koordinationsgruppen for individbaseret registrering", skal sikre, at Landspatientregisteret indeholder de væsentligste data til opfyldelse af registerets formål og dermed dækningen af sundhedssektorens behov. Den grundlæggende registrering af ventetid er et element i sygehusenes integrerede patientregistreringssystemer og er dermed låst fast i en række procedurer, der logisk skal hænge sammen, og som yderligere er genstand for en kontrol i Landspatientregisteret. Dette skaber efter Rigsrevisionens vurdering en betydelig sikkerhed for, at ventetider indgår korrekt i Landspatientregisteret.

Det er efter Rigsrevisionens vurdering en mangel, at Landspatientregisteret alene registrerer tiden fra lægehenvisningen til sygehusbehandlingen, men ikke særskilt den ventetid, der medgår fra henvisning til forundersøgelse, uanset at der i de senere år i økonomiaftalerne også indgår et særligt ventetidsmål for dette tidsrum. Landspatientregisteret vil ifølge ministeriet fra januar 2003 være klar til at modtage data som grundlag for overgang til såkaldt forløbsbaseret registrering, hvilket vil være første skridt på vejen til at afhjælpe denne mangel.

Det kan af registreringsmæssige årsager ikke på baggrund af Landspatientregisteret vurderes, om de maksimale ventetidsmål for livstruende sygdomme er opfyldt, idet det afhænger af kliniske vurderinger, der ikke indgår i registeret, om patienten er omfattet af ordningen.

Fra 1. juli 2002 skal sygehusene alene registrere passiv ventetid i de tilfælde, hvor det er patientens egne forhold, der bevirker, at en behandling udsættes. Rigsrevisionen vurderer, at denne ændring er velbegrunderet.

B. Indenrigs- og Sundhedsministeriets Ventetidsinformation, herunder det frie sygehusvalg

a. Indledning

39. Ved lov nr. 1024 af 19. december 1992 om ændring af lov om sygehusvæsenet og lov om offentlig sygesikring mv. blev princippet om det frie sygehusvalg iværksat fra 1993 i dets nuværende form. Der var inden da på amtskommunal basis aftalt et vist frit sygehusvalg. Den davæ-

rende regering mente imidlertid, at disse aftaler ikke i tilstrækkelig grad sikrede valgfriheden.

Loven fastslår, at en patient, der henvises til sygehusbehandling, selv – med enkelte nærmere angivne undtagelser – frit kan vælge, ved hvilket sygehus behandling skal ske.

Ifølge bemærkningerne til loven var sigtet med det frie sygehusvalg at skabe et bedre grundlag for en udjævning af sygehusenes ventetider, hvilket også ville kunne indebære samfundsøkonomiske fordele, fx i tilfælde, hvor et amt med relativt lange ventetider ville kunne undgå en kostbar kapacitetsudvidelse.

Endvidere fremgik det, at hvis borgernes egne valg skulle være en reel mulighed, ville det kræve relevante informationer, der gjorde det muligt at vurdere og sammenligne kvaliteten i de enkelte ydelser.

I økonomiaftalen for 1995 var lovens intentioner nærmere udmøntet i en forudsætning om, at amterne skulle fastlægge mål for de enkelte sygehuses service over for patienterne, samt at der skulle skabes en landsdækkende information om aktiviteter inden for sygehusvæsenet.

40. På baggrund af loven og økonomiaftalerne oprettedes i 1995 et nu nedlagt system, Sundhedsstyrelsens Ventelisteregister, som den første landsdækkende service på området.

Registerets ventetidsoplysninger, som blev gjort offentligt tilgængelige på tekst-tv, et voice-response telefonnummer, internet og i tidsskriftet Læge-Helse til de praktiserende læger, blev kritiseret fra mange sider for dels at være for vanskeligt forståelige, dels for ikke at stemme overens med de ventetider, der blev oplyst på sygehusene.

I starten af 1997 foretoges derfor en evaluering af registeret, jf. Rapport fra udvalget om ventetidsoplysninger og elektronisk booking, Sundhedsministeriet 1998:3. Som et led i evalueringen blev alle sygehuse bl.a. bedt om at vurdere de offentliggjorte ventetider i forhold til deres egne opgørelser. Besvarelserne viste ifølge rapporten, at der i mange tilfælde var store forskelle mellem de offentliggjorte ventetider og sygehusenes egne opfattelser af disse.

På grundlag af en indstilling fra udvalget nedlagde Sundhedsministeriet registeret ved udgangen af 1998.

Registeret blev afløst af det nedenfor beskrevne ventetidsinformationssystem.

b. Ventetidsinformation

41. Til afløsning af Sundhedsstyrelsens Ventelisteregister blev oplysningsgrundlaget for benyttelsen af det frie sygehusvalg søgt styrket gennem oprettelsen i 1998 af et nyt landsdækkende informationssystem, Sundhedsministeriets Ventetidsinformation, der skulle gøre det muligt for patienterne at sammenligne sygehusenes ventetider på forundersøgelser og behandlinger.

42. Ventetidsinformationssystemet er tilgængeligt på ministeriets hjemmeside med henblik på over internettet at give såvel borgere som sygehuse, patientvejledere og praktiserende læger besked om de aktuelle ventetider på landets sygehuse.

Systemet giver oplysning om, hvor lang tid en ikke-akut somatisk patient uden særligt komplicerede eller hastende behandlingsbehov maksimalt vil komme til at vente dels fra henvisning til påbegyndelsen af sygehusets forundersøgelse, dels fra denne fase til behandlingen, typisk operationen, startes. Ventetiden anføres i uger.

43. Systemet har siden starten indeholdt oplysninger fra amterne om den forventede maksimale ventetid på de enkelte sygehuse til 25 udvalgte operationer, herunder for 5 kræftformer, der var omfattet af særlige bestemmelser om maksimal ventetid, samt ventetider til hjerteoperationer. Det drejede sig om følgende sygdomme og behandlinger: Brok, galdesten, nyresten (operation og knusning), forstørret prostata, sterilisation af mænd, nedsunken livmoder, fjernelse af livmoder, sterilisation af kvinder, kunstig hofte, kunstigt knæ, ledbåndsrekonstruktion i knæ, meniskoperation, diskusprolaps, grå stær, fjernelse af mandler, brystkræft, livmoderhalskræft, lungekræft, tyktarmskræft, endetarmskræft, åreknuder samt 2 hjerteoperationer (bypass og ballonudvidelse) og udlevering af høreapparat.

Systemet er primo juli 2002 udvidet med ventetidsoplysninger for i alt ca. 100 behandlinger og undersøgelser, herunder alle livstruende hjerte- og kræftsygdomme, ligesom systemet er under udbygning med ventetid for en række diagnostiske udredninger, så det i alt indeholder oplysning om ca. 130 procedurer.

Denne udvidelse af Ventetidsinformation skal ses i sammenhæng med, at der pr. 1. juli 2002 ved en ændring af lov

om sygehusvæsenet ved lov nr. 143 af 25. marts 2002 blev givet adgang til et mere omfattende frit sygehusvalg end hidtil. Alle patienter har fra denne dato fået ret til frit valg til privathospital, privatklinik eller sygehus i udlandet, hvormed det offentlige har indgået aftale, hvis ikke patientens hjemamt på egne sygehuse eller sygehuse, som amtet samarbejder med, kan tilbyde den enkelte patient undersøgelse og behandling inden for 2 måneder.

For de oprindelige 24 sygdomme i systemet angives det for hver behandling, hvor mange patienter hvert sygehus har behandlet med henblik på at give patienten en indikation for, hvor den største rutine findes. Denne facilitet vil ifølge ministeriets oplysninger i september 2002 snarest muligt blive føjet til alle de behandlinger og undersøgelser, der er optaget i Ventetidsinformation.

Oplysningerne fra amterne og H:S til Ventetidsinformation indberettes og opdateres løbende, som hovedregel dog mindst en gang om måneden. Informationerne er baseret på de enkelte sygehusafdelingers skøn over, hvor lang tid patienter, der aktuelt skrives på venteliste, maksimalt vil komme til at vente.

Ventetiden for den enkelte patient er ikke blot bestemt af rækkefølgen på sygehusets venteliste, men normalt – og alt afhængig af sygdom – i lige så høj grad af sygehusafdelingens lægefaglige prioritering på grundlag af henvisningsdiagnoser og resultatet af forundersøgelsen.

c. Ventetidsinformationens kvalitet

44. Som et element i økonomiaftalen for 1997 blev det aftalt, at der skulle oprettes patientvejlederfunktioner i amterne med den opgave at vejlede om ventetider, frit valg og klagespørgsmål mv.

Det var i økonomiaftalen for 2000 forudsat, at der skulle iværksættes brugerundersøgelser, der skulle danne grundlag for fastsættelse af mål for forbedringer af sygehusvæsenet. I overensstemmelse hermed gennemførte ministeriet i efteråret 2000 en spørgeskemaundersøgelse blandt patientvejlederne vedrørende deres hidtidige erfaringer med ventetidsinformationssystemet.

Undersøgelsen viste, at godt halvdelen af respondenterne var tilfredse med opdateringen af systemet og fandt, at informationerne i systemet var korrekte. Knap $\frac{2}{3}$ af vejlederne mente, at udvalget af operationstyper var repræsen-

tativt for de mest udbredte folkesygdomme. Med hensyn til systemets anvendelighed svarede 95 % af patientvejlederne, at de ofte benyttede systemet til at rådgive deres patienter. Visse sygehuse havde dog ikke altid opdateret indberetningerne, hvorved ventetiderne blev ukorrekte, ligesom det generelt blev betragtet som en mangel, at der var angivet et begrænset antal diagnoser i systemet.

Sundhedsministeriet meddelte på baggrund af undersøgelsen patientvejlederne, at det naturligtvis skulle tilstræbes at opnå den størst mulige nøjagtighed i systemet, hvorfor de opfordredes til at rette henvendelse til ministeriet, hvis ventetiderne i længere perioder ikke svarede til de faktiske forhold. Sådanne henvendelser er dog ikke fremkommet til ministeriet, der vurderer, at patientvejlederne i tilfælde af misvisende registreringer selv kontakter de pågældende sygehusafdelinger for at få fejlene afhjulpet. Dette skal ses på baggrund af, at ministeriet havde gjort vejlederne opmærksom på, at det ikke er ministeriet, men de indberettende myndigheder, som har det endelige ansvar for validiteten i systemets oplysninger.

45. Ministeriet har på Rigsrevisionens spørgsmål oplyst, at man kun har modtaget ganske få klager fra patienter over ukorrekte oplysninger i Ventetidsinformation.

46. Den omstændighed, at ministeriet ikke finder at have ansvaret for validiteten i ventetidsoplysningerne, indebærer, at ministeriet ikke foretager nogen form for rutinemæssig kontrol med oplysningerne. Rigsrevisionen har undersøgt, om der fra ministeriets side ville kunne føres kontrol med oplysningerne, der indberettes fra sygehuse til Ventetidsinformation, ved at sammenholde disse med de relevante data, der efterfølgende indgår i Landspatientregisteret, og som viser længden af den faktiske ventetid, der medgik til patientbehandlingen på sygehuset.

En sådan kontrol kan ikke foretages med de nuværende systemer. Det skyldes bl.a., at skønnene over den ventetid, der indberettes til Ventetidsinformation, drejer sig om den maksimale ventetid, og dermed har en helt anden karakter end de faktiske ventetider, der registreres i Landspatientregisteret. Hertil kommer, at Ventetidsinformation indeholder oplysninger om tidsrummet mellem henvisningen fra lægen til forundersøgelsens påbegyndelse, hvilket ikke er

tilfældet i Landspatientregisteret. Et præcist kontrolgrundlag vil ifølge ministeriet kunne opnås gennem etableringen af den kommende forløbsbaserede registrering i Landspatientregisteret.

d. DRG-systemet

47. I forbindelse med finanslovforhandlingerne for 1998 mellem regeringen og oppositionen blev der opnået forståelse om, at det frie sygehusvalg også skulle styrkes gennem et nyt takstsystem, baseret på den såkaldte DRG-metode (DRG = Diagnose Relaterede Grupper). Dette takstsystem skulle primært anvendes som grundlag for mellemamtslige afregninger for behandling af patienter fra andre amter. Afregningerne foregår gennem Landspatientregisteret.

I DRG-systemet, der bl.a. er en art standardafregningssystem, er der for hver gruppe af sygdomsbehandlinger beregnet en vægt, der afspejler, hvor ressourcekrævende behandlingen er. DRG-taksten fremkommer ved at gange vægten med "kroneværdien", der er udtryk for den gennemsnitlige omkostning for udskrivningen af en stationær somatisk heldøgnspatient. I 2002 er "kroneværdien" beregnet til 21.649 kr. Det betyder eksempelvis, at operationer af spytkirtler med vægten 0,75 har en DRG-takst på 16.230 kr. En levertransplantation vægtes til 44,64 og dermed en DRG-takst på 966.403 kr.

e. Udnyttelse af det frie sygehusvalg

48. Ovennævnte undersøgelse blandt patientvejlederne viste, at patienterne enten altid eller ofte blev vejledt om det frie sygehusvalg.

Muligheden for at vælge sygehus i et andet amt udnyttedes af mange grunde kun i begrænset omfang. Patientens alder og afstanden til et sygehus længere væk oplystes at være den største barriere herfor.

49. Amterne, H:S og Sundhedsministeriet foretog i sommeren 2000 en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse vedrørende 34.000 tidligere indlagte patienters tilfredshed med en række forhold i sygehussektoren, herunder det frie sygehusvalg. Brugerundersøgelsen var forudsat gennemført i henhold til økonomiaftalen for 2000.

Ifølge rapporten om undersøgelsen, ”Patienters vurdering af landets sygehuse” fra januar 2001, var det især sygehusets placering nær bopæl og dets gode ry, som patienten havde lagt vægt på. Under $\frac{1}{3}$ af patienterne, som selv valgte sygehus, nævnte ventetiden som årsag.

50. Blandt de adspurgte patienter vidste 81 %, at de selv havde mulighed for at vælge sygehus. 57 % af de patienter, som kendte til muligheden for frit sygehusvalg, svarede, at de selv valgte, hvilket sygehus de skulle indlægges på.

51. I økonomiaftalen for 2002 var der, på baggrund af ministeriets understregning af vigtigheden heraf, enighed om at styrke patientvejledningen om mulighederne i det frie sygehusvalg. Sygehusenes informationspligt herom blev ifølge ministeriet ligeledes understreget i forbindelse med udvidelsen af det frie sygehusvalg til private og udenlandske sygehuse pr. 1. juli 2002.

52. I 1999 blev ca. 6 % af det samlede antal somatiske hel-døgnspatienter og 7 % af de somatiske ambulante patienter behandlet uden for eget amt, jf. Sundhedsministeriets publikation ”Status for udvikling af DRG-metoden 2000-2001”. Andelen har siden indførelsen af det frie sygehusvalg i 1993 været svagt stigende. Den omstændighed, at DRG-regningerne først kan komme til udbetaling, når vedkommende record er endeligt registreret i Landspatientregisteret, tilskynder ifølge Sundhedsstyrelsen amterne til at fremme indrapporteringen af data.

Ministeriet har oplyst til Rigsrevisionen, at der ikke er foretaget en større generel undersøgelse af, i hvilket omfang det frie sygehusvalg har ført til en udjævning af ventetiderne samt medført en bedre udnyttelse af ressourcerne. Det er imidlertid ministeriets vurdering, at det frie sygehusvalg ikke i denne henseende er udnyttet tilstrækkeligt.

Rigsrevisionens bemærkninger

Rigsrevisionens undersøgelse viser, at information til patienterne om ventetiden ved de enkelte sygehuse var et af redskaberne til fra 1993 at realisere en lovmæssigt bestemt intention om, at det frie sygehusvalg skulle sikre en mere rationel udnyttelse af sygehusenes kapacitet, bl.a. for at nedbringe ventetiderne. På denne baggrund etableredes Sundheds-

styrelsens Ventelisteregister, der blev nedlagt i 1998 som uanvendeligt, og herefter det nuværende Sundhedsministeriets Ventetidsinformation.

En brugerundersøgelse af Ventetidsinformation i form af en spørgeskemaundersøgelse blandt patientvejlederne med relativt positive resultater, meget få klager til ministeriet over systemet samt en væsentlig udvidelse af informationerne heri fra juli 2002 tyder efter Rigsrevisionens vurdering på, at systemet har en tilfredsstillende informationsværdi.

Der blev med særlig lovhjemmel fra 1. juli 2002 gennemført en udvidelse af det frie sygehusvalg i de tilfælde, hvor vedkommende hjemamt ikke kan tilbyde patienten undersøgelse og behandling inden for 2 måneder.

Ministeriet har i en række sammenhænge understreget vigtigheden af, at amterne informerer patienterne om det frie sygehusvalg. Opgørelser viser, at der siden 1993 har været en svag stigning i antallet af patienter, der behandles uden for eget amt, men der er ikke hidtil foretaget en generel undersøgelse af, i hvilket omfang det frie sygehusvalg har ført til en udjævning af ventetiderne samt medført en bedre udnyttelse af ressourcerne. Det er ministeriets vurdering, at dette ikke er sket i tilstrækkelig grad. Ministeriet bør efter Rigsrevisionens vurdering fortsat løbende overveje, hvilke skridt der kan tages for at drage større nytte end hidtil af det frie sygehusvalg.

Ministeriet fører ingen rutinemæssig kontrol med validiteten af oplysningerne i Ventetidsinformation, idet ansvaret herfor anses at ligge i amterne/sygehusene. Rigsrevisionen er enig heri, men finder, at ministeriet bør overveje, om der ved fremtidige ændringer i Landspatientregisteret, herunder etableringen af forløbsbaserede registreringer, vil kunne skabes grundlag for at foretage sammenholdelser mellem oplysningerne i Landspatientregisteret og i Ventetidsinformation. Et første skridt i den retning er fx etableringen af et datagrundlag i Landspatientregisteret, der kan give oplysning om ventetiden fra lægehenvielsen til forundersøgelsens påbegyndelse.

IV. Ventetidernes længde og omfang, herunder hvorvidt ventetidsmålsætninger og lovmæssigt fastsatte maksimale ventetider for behandling er opfyldt

A. Målsætning om højst 3 måneders ventetid

53. Det har siden 1993 været en målsætning, der i økonomiaftalerne for 2000 og 2002 blev formelt fastslået, at

nedbringe patientventetiden til højst 3 måneder fra henvisning til behandling.

Som baggrund for en vurdering af målopfyldelsen bringes nedenfor **tabel 2-4**, der viser udviklingen i antal operationer og ambulante besøg. Tabellerne i dette afsnit hviler på data fra Landspatientregisteret, rekvireret af Rigsrevisionen i ministeriet.

Tabel 2. Udviklingen i antal udskrivinger af somatiske kirurgiske heldøgnspatienter

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
	----- Antal -----							
Kirurgi	621.852	622.682	601.376	602.569	591.964	590.001	594.619	594.069

Tabellen viser et fald i antal udskrivinger i denne patientkategori, der også omfatter akutte tilfælde, fra knap 622.000 til ca. 594.000, svarende til ca. 5 %.

Tabel 3. Antal udskrivinger af elektive kirurgiske heldøgnspatienter

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
	----- Antal -----							
Udskrevne patienter	231.258	227.791	209.394	213.007	198.719	199.745	199.058	197.083

Tabellen viser et fald i antallet af udskrivinger fra ca. 231.000 til ca. 197.000, svarende til ca. 15 %. Dette skal ses på baggrund af fortsat forbedrede muligheder for at behandle stadig flere sygdomme ambulant, jf. tabel 4.

Tabel 4. Udviklingen i antal ambulante besøg

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
	----- Antal -----					
Besøg	3.221.552	3.567.045	3.685.868	3.998.182	4.318.142	4.449.767

Til tabellen kan det oplyses, at initiativer til at få data om ambulante patienter registreret i Landspatientregisteret startede i 1995, jf. økonomiaftalen for dette år, og at de ambulante patienter i gennemsnit har ca. 3 besøg på sygehuset under et behandlingsforløb. Besøgsantallet er øget fra ca. 3,2 mio. til ca. 4,4 mio., svarende til ca. 38 %.

54. Nedenstående **tabel 5** viser udviklingen i ventetiderne for somatiske heldøgnspatienter – både kirurgiske og medicinske – i perioden 1993-2000.

Tabel 5. Ventetider for somatiske heldøgnspatienter

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
	----- % -----							
Akut	71	72	74	74	75	75	75	76
Inden 14 dage	9	8	7	7	7	6	6	7
14-30 dage	6	5	5	5	5	4	4	4
1-2 mdr.	4	4	4	4	4	4	4	4
2-3 mdr.	2	2	2	2	2	2	2	2
Over 3 mdr.	7	8	8	8	8	8	7	7
	----- 1.000 -----							
Antal	907	907	892	901	904	915	943	959

Tabellen viser, at andelen af heldøgnspatienter, der har ventet over 3 måneder, er uændret 7-8 % fra 1993 til 2000, men dog er stabiliseret på 7 % i 1999 og 2000. Målsætningerne om, at ingen skal vente mere end 3 måneder på behandling, er ikke blevet opfyldt.

Det fremgår af tabellen, at antallet af behandlede heldøgnspatienter er steget fra 907.000 i 1993 til 959.000 i 2000. Det kan på grundlag af tabellen beregnes, at antallet af patienter, der ventede over 3 måneder på behandling, er vokset fra ca. 63.500 i 1993 til ca. 67.000 i 2000.

Foreløbige opgørelser for 2001 tyder ikke på en ændring i ventetidssituationen.

55. **Tabel 6** viser den gennemsnitlige ventetid i dage for elektive kirurgiske heldøgnspatienter fordelt på amter i perioden 1993-2000.

Tabel 6. Gennemsnitlig ventetid for elektive kirurgiske heldøgnspatienter fordelt på amter

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
	---- Antal dage ----							
H:S.....	94	105	96	85	93	82	84	85
Københavns Amt.....	72	106	128	129	118	116	102	99
Frederiksborg Amt.....	111	123	109	95	95	114	98	87
Roskilde Amt	136	139	120	110	108	102	103	91
Vestsjællands Amt.....	103	105	101	95	80	91	88	95
Storstrøms Amt	106	122	139	138	117	100	102	97
Bornholms Amt.....	68	95	111	88	93	107	87	60
Fyns Amt	86	82	94	99	112	114	93	106
Sønderjyllands Amt	102	105	118	120	137	115	112	107
Ribe Amt.....	87	92	88	94	96	80	126	150
Vejle Amt	91	92	98	109	108	86	78	72
Ringkøbing Amt.....	98	83	81	137	156	148	139	143
Århus Amt.....	88	99	106	112	108	124	123	98
Viborg Amt.....	99	87	101	91	87	101	92	98
Nordjyllands Amt	86	99	113	115	110	116	99	97
Hele landet	93	101	105	107	109	107	102	99
	---- % ----							
Andel af patienter med ventetid over 90 dage.....	32	35	36	36	35	36	34	34

Tabellen viser, at andelen af patienter med en ventetid på over 3 måneder, der, jf. tabel 5, kan beregnes til ca. 67.000 i 2000, voksede fra 32 % i 1993 til 34 % i 2000. Tabellen viser dog også, at den gennemsnitlige ventetid for elektive kirurgiske patienter i de sidste år har været faldende, idet den fra i 1997 at være kulmineret med 109 dage som landsgennemsnit i 2000 var faldet til 99 dage.

Der er en spredning i ventetiderne fra 60 dage i Bornholms Amt til 150 dage i Ribe Amt.

Den korte ventetid i Bornholms Amt skyldes navnlig, at mange patienter henvises til behandling på Sjælland. De lange gennemsnitsventetider i Ribe, Ringkøbing og Sønderjyllands amter har sammenhæng med lægemangel. Den relativt store spredning i ventetider har mange årsager, men indikerer dog i nogen grad, at det frie sygehusvalg ikke har ført til en udjævning af ventetiderne på en afgørende måde.

56. Nedenstående **tabel 7** viser ventetid i dage for 8 udvalgte ikke-akutte kirurgiske heldøgnspatienter i perioden 1993-2000 og gennemsnitlig ventetid for disse samt yderligere 12 almindeligt forekommende sygdomme.

Tabel 7. Ventetid for 8 udvalgte ikke-akutte kirurgiske heldøgnspatienter og gennemsnitlig ventetid for disse samt yderligere 12 almindeligt forekommende sygdomme, dvs. for i alt 20 sygdomme

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
	---- Antal dage ----							
ESWL (trykbølge)-behandling for nyre- og urinvejssten.....	46	41	37	53	73	60	63	60
Fjernelse af mandler	107	124	116	131	114	92	88	82
Hofteledsplastik (totalprotese).....	179	179	190	170	167	165	160	150
Ledbåndskonstruktion i knæ	179	213	244	240	224	215	197	184
Meniskoperation ved artroskopi	118	141	149	154	145	140	113	110
Operation for galdesten.....	89	88	100	105	99	102	97	90
Operation for grå stær.....	151	149	162	156	191	199	195	196
Operation for nedsunken livmoder...	142	139	174	173	150	130	137	146
Gennemsnitlig ventetid for 20 sygdomme.....	130	138	146	141	138	135	126	125

Tabellen viser, at der er stor forskel på ventetidernes udvikling og længde behandlingerne imellem. For behandling af grå stær er ventetiden eksempelvis steget fra 151 dage i 1993 til 196 dage i 2000, eller med 45 dage. For fjernelse af mandler er ventetiden faldet med 25 dage siden 1993.

Der er store udsving i ventetidslængderne, fra over et halvt år til blot 60 dage. Den gennemsnitlige ventetid er forkortet med 5 dage fra 130 dage i 1993 til 125 dage i 2000.

57. **Tabel 8** viser ventetiderne for udskrevne ambulante patienter i 1999 og 2000.

Tabel 8. Ventetider for udskrevne ambulante patienter

	1999	2000
	---- % ----	
Inden 14 dage	54	53
14-30 dage	14	14
1-2 mdr.	14	14
2-3 mdr.	6	6
Over 3 mdr.	12	12
	---- 1.000 ----	
Antal	1.510	1.507

Tabellen indeholder ikke skadestuepatienter, og derved ingen akutte patienter, der reducerer de angivne procentandele. Der findes ikke ventetidsoplysninger fra før 1999. Det kan oplyses, at der gennemsnitlig var 42 ventedage for ambulante patienter i begge år. Tabellen viser en praktisk taget uændret ventetidssituation. 12 % af patienterne – eller ca. 180.000 – havde en ventetid på over 3 måneder.

B. Særligt om hjertesygdomme

58. Også inden for hjerteområdet har det siden 1993 været en ikke formaliseret målsætning, at ventetiden til operation inden udgangen af 1995 skulle nedbringes til maksimalt 3 måneder. Denne målsætning skal ses i lyset af, at der fra 1999 er fastsat maksimale ventetider for visse livstruende hjertesygdomme, jf. det følgende afsnit C.

Nedenstående tabeller er opstillet på basis af materiale indgået fra landets 5 hjertecentre via Sundhedsstyrelsen til Hjertefølgegruppen, hvilket forklarer, at der er særskilte oplysninger om ventetiden såvel til forundersøgelse som operation. Hjertefølgegruppen vil blive beskrevet i et efterfølgende afsnit.

59. Udviklingen i antallet af forundersøgelser til hjerteoperationer (koronararteriografi – KAG) i perioden 1993-2001 i forhold til de stillede mål fremgår af **tabel 9**.

Tabel 9. Udviklingen i antallet af forundersøgelser til hjerteoperationer (KAG) i forhold til de stillede mål

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
	----- Antal -----								
KAG.....	4.832	5.547	6.691	8.262	10.202	12.673	11.613	15.968	17.627
Måltal.....	-	5.755	7.149	8.083	9.220	9.864	10.357	14.987	15.574

Tabellen viser, at antallet af forundersøgelser er øget fra 4.832 i 1993 til 17.627 i 2001, eller mere end tredoblet, samt at måltallene siden 1996 er oversteget, navnlig i 2001, hvor det drejer sig om ca. 13 %. De private sygehuse, Hamlet og Varde Hjertecenter, indgår i tabellen med i alt blot 329 og 374 forundersøgelser i henholdsvis 2000 og 2001.

60. Ventetid til forundersøgelser for hjerteoperation i 1994 og 2001 i absolutte tal og i procent af det samlede antal forundersøgelser fremgår nedenfor af **tabel 10**.

Tabel 10. Ventetid til forundersøgelser i absolutte tal og i procent af det samlede antal forundersøgelser

	Forundersøgelser 1994		Forundersøgelser 2001	
	Antal	%	Antal	%
Under 4 uger	2.081	38	11.148	63
4 uger - 3 mdr.....	1.522	27	4.503	25
3-6 mdr.....	1.401	25	1.701	10
6-12 mdr.....	526	10	275	2
Over 12 mdr.....	17	0	-	0
I alt	5.547		17.627	

Tabellen viser, at antallet af forundersøgelser er vokset fra 5.547 i 1994 til 17.627 i 2001, eller mere end tredoblet, samtidig med at andelen af patienter med ventetider på under 4 uger er øget fra 38 % til 63 %, og andelen med ventetider over 3 måneder er reduceret fra i alt 35 % til 12 %.

61. Udviklingen i antallet af hjerteoperationer i perioden 1993-2001 i forhold til de stillede mål fremgår af **tabel 11**.

Tabel 11. Udviklingen i antallet af hjerteoperationer i forhold til de stillede mål

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001 ¹⁾
	----- Antal -----								
Bypass	1.817	2.082	2.173	2.553	2.863	3.156	3.387	3.136	3.046
Ballonudvidelser....	1.001	1.273	1.560	2.286	2.929	3.868	4.375	4.995	5.247
I alt	2.818	3.355	3.733	4.839	5.792	7.024	7.762	8.131	8.293
Måltal.....	-	3.963	4.436	4.940	5.713	6.935	7.641	8.212	8.822

¹⁾ Tal for 2001 er foreløbige.
 Note: Tallene omfatter alene offentlige sygehuse.

Tabellen viser, at antallet af hjerteoperationer under ét er øget fra 2.818 til 8.293, eller næsten tredoblet. Det kan oplyses, at der i hjerteplanen fra 1993 blev fastsat det mål, at der i 1995 skulle udføres 5.595 behandlinger. Dette mål blev først nået i 1997. De årlige måltal er efterfølgende blevet opfyldt frem til 2000. Den manglende målopfyldelse i 2000 og 2001 bør ifølge ministeriet ses i sammenhæng med en stigning i den private aktivitet i de senere år som

følge af, at nogle amter har indgået aftaler med Hamlet og Varde Hjertecenter. Der blev på disse hospitaler udført i alt 538 og 733 hjerteoperationer i henholdsvis 2000 og 2001.

62. **Tabel 12** viser ventetid til hjerteoperationer i absolutte tal og i procent af det samlede antal hjerteoperationer i 1994 og 2001, herunder ved de private sygehuse Hamlet og Varde Hjertecenter.

Tabel 12. Ventetid til hjerteoperationer i absolutte tal og i procent af det samlede antal hjerteoperationer, herunder ved de private sygehuse Hamlet og Varde Hjertecenter

Ventetid ¹⁾	Hjerteoperationer 1994		Hjerteoperationer 2001	
	Antal	%	Antal	%
Under 4 uger	1.678	50	6.637	73
4 uger - 3 mdr.	1.107	33	1.857	21
3-6 mdr.	369	11	507	6
6-12 mdr.	168	5	25	0
Over 12 mdr.	33	1	0	0
I alt.....	3.355		9.026	

¹⁾ Ventetid er opgjort som tiden fra forundersøgelse til operation.

Tabellen viser en positiv udvikling. Således voksede andelen af patienter, der ventede under 4 uger på operation, fra 50 % i 1994 til 73 % i 2001. Andelen, der ventede mere end 3 måneder på operation, faldt fra 17 % i 1994 til 6 % i 2001. Ventetid på over 6 måneder er næsten helt elimineret.

63. Rigsrevisionen har sammendraget resultaterne af nogle undersøgelser af ventetidsproblemet i international belysning, jf. bilag 1. Det fremgår heraf, at ventetidsproblemet synes at være mindre i Danmark end i de fleste sammenlignelige lande med gratisprincip for sygehusbehandling.

C. Lovmæssigt fastsat maksimal ventetid for behandling af livstruende sygdomme

64. Ved en ændring af sygehusloven i 1999 blev der indsat en bestemmelse om behandling af patienter, der lider af livstruende sygdomme, for hvilke Sundhedsstyrelsen har fastsat maksimale ventetider til behandling. Sundhedsministeriet fik hjemmel til at fastsætte nærmere regler om adgangen til behandling, herunder bestemmelse om, hvornår

forpligtelserne til at overholde de maksimale ventetider skulle have virkning for de enkelte behandlingsområder.

Den første bestemmelse om maksimale ventetider for behandling af livstruende sygdomme blev fastsat i Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 760 af 4. oktober 1999 udstedt i medfør af §§ 4 og 5d i lov om sygehusvæsenet, jf. lovbekendtgørelse nr. 687 af 16. august 1995 med senere ændringer. Bekendtgørelsen omfattede visse tilstande af iskæmisk hjertesygdom og på kræftområdet alene brystkræft. Ved bekendtgørelse nr. 161 af 8. marts 2000 blev maksimale ventetider indført for lungekræft, tarmkræft og livmoderhalskræft. Endelig er maksimale ventetider ved bekendtgørelse nr. 743 af 22. august 2001 yderligere indført for alle kræftsygdomme, bortset fra tilfælde, der kræver knoglemarvstransplantation og hudkræft, der ikke er modermærkekræft.

Bekendtgørelserne er detailprægede og lægefagligt betonedede.

65. Maksimale ventetider for behandling vedrørende visse tilstande af iskæmisk hjertesygdom har, medmindre hensynet til patientens helbredstilstand tilsiger noget andet, siden 1999 været følgende:

- Ved påvist venstre hovedstammesygdom (hjertesygdom forårsaget af åreforkalkning i en bestemt kranspulsåre i hjertet) 2 uger fra forundersøgelse til operation.
- Ved dokumenteret ustabil angina pectoris (svær form for hjertekramper forårsaget af forkalkning i hjertets kranspulsårer) i alt 3 uger til forundersøgelse og behandling.
- Ved angina pectoris umiddelbart efter akut myokardieinfarkt (hjertekramper umiddelbart efter blodprop i hjertet) i alt 5 uger til forundersøgelse og behandling.

66. På kræftområdet har de maksimale ventetider været følgende:

- Til forundersøgelse må der maksimalt gå 2 uger fra den dato, hvor sygehuset har modtaget lægehenviisning med henvisningsdiagnosen kræft.

- Til operation må der maksimalt gå 2 uger fra den dato, hvor patienten – efter fornøden information fra sygehusafdelingen om diagnose og behandlingsmuligheder mv. – har givet samtykke til operation, til den dato sygehuset har tilbudt at foretage operationen.

Der er også fastsat frister for strålebehandling – oprindeligt 6 uger, fra marts 2000 nedsat til 4 uger – og for efterbehandling, 4 uger.

Endelig er der fastsat en frist på medicinsk behandling (kemoterapi) på 2 uger fra den dato, hvor patienten har givet samtykke (informeret samtykke) til medicinsk kræftbehandling, til den dato, hvor afdelingen har tilbudt at påbegynde behandling, og senest 4 uger fra den dato, hvor afdelingen har modtaget henvisning til behandling.

67. Ifølge bekendtgørelserne betyder fastsættelsen af maksimale ventetider, at patienternes bopælskommune skal tilbyde behandling i et andet amt, på et privat sygehus eller i udlandet, hvis det ikke er muligt at efterleve tidsfristerne. Kan bopælskommunen hverken tilvejebringe et behandlingstilbud på egne sygehuse, et sygehus her i landet eller et sygehus i udlandet inden for den fastsatte maksimale ventetid, skal amtskommunen hurtigst muligt meddele dette til Sundhedsstyrelsen, hvis patienten ønsker det. I henhold til en række udførlige bestemmelser i bekendtgørelsen påhviler det styrelsen på den ene eller anden måde at sørge for, at patienten hurtigt behandles.

68. Hvert år får ca. 30.000 danskere konstateret kræft. Udviklingen i gennemsnitlig ventetid i perioden 1993-2000 fra lægehenvi- sning til operation for de 5 almindeligst forekommende kræftsygdomme fremgår nedenfor i **tabel 13**.

Tabel 13. Gennemsnitlig ventetid for opererede kræftpatienter i heldøgnsregi

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
	----- Antal dage -----							
Kræft i bronkie og lunge	16	15	14	14	13	13	13	15
Kræft i bryst	16	16	18	19	17	18	18	16
Kræft i endetarm.....	16	17	18	20	20	27	20	22
Kræft i livmoderhals.....	19	18	18	26	20	23	26	24
Kræft i tyktarm	18	18	17	15	19	19	22	20

Tabellen viser, at gennemsnitsventetiden fra 1993 til 2000 til operation for kræft i bronkie og lunge samt brystkræft er uændret 15-16 dage, mens der har været en uheldig udvikling i ventetiderne for behandling af kræft i endetarm, livmoderhals og tyktarm.

Indførelse af maksimale ventetider har efter Rigsrevisionens vurdering endnu ikke mærkbart kunnet påvirke de gennemsnitlige ventetider, men disse overskrider dog ikke de i alt 28 dage, der fra 2000 er fastsat som maksimal ventetid for hele behandlingsforløbet.

69. Det kan, som tidligere nævnt, ikke via Landspatientregisteret konstateres, hvor lang ventetid der er fra henvisning til forundersøgelse, og herudover heller ikke fra behandling til efterbehandling.

Hvad angår kræftsygdommene, er Ventetidsinformation langt mere præcist, end når det drejer sig om andre sygdomme, idet kræftsygdommene – også før maksimal ventetid for behandling blev indført – havde højeste prioritet.

Rigsrevisionen har på denne baggrund søgt oplysning i Ventetidsinformation medio april 2002. Det fremgik heraf, at praktisk taget alle sygehuse opfyldte de 14 dages ventetider, der gælder for henholdsvis forundersøgelse og behandling for alle 5 sygdomme.

Efterbehandling i form af stråling for brystkræft og livmoderhalskræft udførtes ifølge Ventetidsinformation ved 5 større sygehuse. Den maksimale ventetid er fastsat til 4 uger. Et sygehus havde opfyldt dette mål, mens dette ikke var tilfældet ved de 4 andre sygehuse, hvor ventetiden var 5-6 uger. Den maksimale ventetid på 4 uger for kemoterapi var overholdt.

70. Ministeriet har i april 2002 oplyst, at Sundhedsstyrelsen, siden etableringen i juni 1999 af den gradvist udbyggede ordning med maksimale ventetider for livstruende sygdomme på hjerte- og kræftområdet, har haft i alt 11 sager, hvor et amt har måttet opgive at finde et behandlingstilbud inden for tidsfristen. 10 af patienterne havde via Sundhedsstyrelsen modtaget et behandlingstilbud, primært i Kiel i Tyskland, mens der for 1 patient på grund af særlige omstændigheder ikke kunne skaffes tilbud om behandling hurtigere end det, der allerede var mulighed for via

amtet. 4 af de 10 patienter havde accepteret tilbuddet om udenlandsbehandling, mens resten havde afslået.

I praksis løses stort set alle problemer med at få patienterne behandlet i overensstemmelse med bekendtgørelserne internt blandt sygehusene via en særlig clearingcentral på Herlev Sygehus.

Rigsrevisionens bemærkninger

Undersøgelsen har vist, at antallet af kirurgiske behandlinger af heldøgnspatienter faldt i perioden 1993-2000, men langt blev overgået af en stigning i de ambulante besøg. Målsætningen – der fra 2000 er blevet aftalemæssigt formaliseret – om, at ventetiden til operation højst skulle være 3 måneder, var ikke opfyldt ved udgangen af 2000, og ventetidssituationen var stort set uændret. For de elektive, dvs. planlagte kirurgiske behandlinger, ventede således i 2000 ca. 67.000 af patienterne, svarende til 34 %, mere end 3 måneder på behandling regnet fra henvisning. For ambulante patienters vedkommende drejede det sig om 12 %, eller ca. 180.000 patienter.

Ventetiderne til forundersøgelser og operation på hjerteområdet er blevet betydeligt reduceret, så 12 % af patienterne i 2001 ventede mere end 3 måneder på forundersøgelse og 6 % på operation, regnet fra forundersøgelsen. Samtidig var antallet af forundersøgelser og operationer stort set tredoblet.

De maksimale ventetider, der er fastsat på kræftområdet, er næsten fuldt ud overholdt, men dog ikke med hensyn til strålebehandling, hvilket fremgår af Landspatientregisteret for 2000 og Ventetidsinformation i april 2002.

Der har kun været ganske få tilfælde, hvor et amt har måttet opgive at finde et behandlingstilbud for en livstruende sygdom inden for de maksimale tidsfrister.

V. Indsatsen, herunder særlig Indenrigs- og Sundhedsministeriets rolle, med henblik på nedbringelse af ventetiderne

A. Kommissioner, udvalg og styregrupper

71. Med henblik på at skabe grundlag for og opfølgning på aktiviteter, der kunne fremme realiseringen af ventetidsmålene, er der siden 1993 med ministeriet blandt initiativtagerne blevet nedsat en række udvalg, kommissioner og følgegrupper. Rapporter og anbefalinger fra disse grup-

per har i høj grad ligget til grund for udformningen af økonomiaftalerne.

Det drejer sig navnlig om Sundhedsministeriets Ventetidsudvalg, Sygehuskommissionen, Hjertefølgegruppen og Kræftstyregruppen. Disse 4 grupper/udvalg/kommissioner har været sammensat af repræsentanter for Sundhedsministeriet, Amtsrådsforeningen/H:S, Finansministeriet og Økonomiministeriet samt herudover en faglig repræsentation, der – alt efter udvalgets opgave – har omfattet repræsentanter for ministeriets faglige institutioner og lægefaglig ekspertise fra sygehuse og videnskab, hvortil kan komme repræsentanter for interesseforeninger, det private erhvervsliv og udenlandsk ekspertise. Sundhedsministeriet eller Sundhedsstyrelsen har haft formandskabet.

72. Ventetidsudvalget, som blev nedsat i februar 1993, skulle fremsætte forslag til realisering af en målsætning aftalt samme år mellem sundhedsministeren, Amtsrådsforeningen samt Københavns og Frederiksberg Kommuner om, at ventetiden for den enkelte patient gradvist skulle nedsættes til højst 3 måneder inden udgangen af 1995. Ventetidsudvalget fremkom i april 1993 med en rapport, der omfattede en lang række forslag og beregninger – herunder om antallet af de operationer, der var nødvendige for at nå det opstillede mål.

Den nævnte målsætning om gradvis nedsættelse af ventetiden til 3 måneder var ifølge ministeriet ikke bindende for sygehusejerne, men har været en underliggende målsætning, der har været brugt som snit i nøgletalspublikationer og undersøgelser mv.

Af Ventetidsudvalgets afsluttende rapport fra februar 1997 fremgik det, at et formål hermed bl.a. var at søge at dokumentere, hvordan det var gået med udviklingen i operationskapacitet og ventetiden til operation i perioden 1992-1995 samt generelt at vurdere sammenhængen mellem en forøget operationsaktivitet og udviklingen i ventetider. Ifølge rapporten var en hovedmålsætning om, at der skulle foretages ca. 21.000 ekstra operationer af heldøgnspatienter, fordelt med 6.250 i 1993 og 7.376 i hvert af årene 1994 og 1995, opfyldt ud over det forudsatte i 1993 og 1994, men ikke i 1995 på baggrund af en sygeplejerskekonflikt.

Udvalgets rapport, der illustrerede en række yderst komplekse sammenhænge og problemstillinger med hensyn til ventelister og aktivitet på sygehusområdet, førte til, at fokus i de efterfølgende års indsats på ventelisteområdet i højere grad blev vendt mod udvalgte behandlingsområder, særligt vedrørende de livstruende sygdomme på hjerte- og kræftområdet.

73. Sygehuskommissionen blev nedsat i januar 1996 i henhold til en aftale mellem regeringen og det Konservative Folkeparti. Ifølge aftalen skulle kommissionen undersøge, om organiseringen af det danske sygehusvæsen ville kunne tilrettelægges på en mere hensigtsmæssig måde, herunder om en ændret struktur eller en bedre udnyttelse af ressourcerne ville kunne nedbringe den samlede ventetid. Sygehuskommissionen afgav sin betænkning i januar 1997 ”Udfordringer i sygehusvæsenet”. Der var i økonomiaftalen for 1998 enighed om at fremme forslagene i betænkningen.

74. På hjerteområdet var forholdet det, at en arbejdsgruppe under Ventetidsudvalget specielt havde vurderet muligheden for opfyldelse af målsætningen om højst 3 måneders ventetid på det hjertekirurgiske område. Arbejdsgruppen vurderede, at det ville være muligt at udvide den revaskulariserende (bypassoperation og ballonudvidelse af hjertets kranspulsåre) behandlingsskapacitet fra 2.455 indgreb i 1992 til 5.595 indgreb inden udgangen af 1995.

En anbefaling fra arbejdsgruppen dannede grundlag for en indstilling fra Sundhedsministeriets Ventetidsudvalg til politisk beslutning om at fordoble den hjertekirurgiske aktivitet over 3 år.

Sundhedsstyrelsen nedsatte, som anbefalet af den hjertekirurgiske arbejdsgruppe, i juni 1993 en følgegruppe med repræsentanter for bl.a. Sundhedsstyrelsen, Sundhedsministeriet, Amtsrådsforeningen og hjertekirurgisk ekspertise fra sygehusene.

Følgegruppens opgave var ifølge kommissorium af 29. juni 1993 at følge udvidelsen af den hjertekirurgiske kapacitet samt om nødvendigt at foreslå justeringer af den overordnede plan eller understøttende foranstaltninger. Følgegruppen skulle i sit arbejde bl.a. inddrage vurderinger af den eksisterende hjertekirurgiske kapacitet, ventelisterne og ventetidernes udvikling samt udbygningens gennemførelse.

Gruppen skulle afgive redegørelse en gang årligt og i øvrigt ved behov herfor.

Redegørelsen skulle afgives til Sundhedsministeriet med henblik på en drøftelse med regeringen og Amtsrådsforeningen.

I efteråret 1996 vurderede følgegruppen, at hjerteplanens mål ikke ville kunne dække det forventede behov fremover, og at det således ville være nødvendigt yderligere at udbygge aktiviteterne på området. Sundhedsstyrelsen nedsatte en teknisk faglig arbejdsgruppe, ”Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe vedrørende den hjertekirurgiske udbygning for perioden 1997-2000”, med den opgave at vurdere udviklingen og det fremtidige behov på området. Arbejdsgruppen fortsatte fra 2000 som følgegruppe.

Følgegruppen har gennem årene afgivet statusnotater og udmeldinger vedrørende vurderinger af de fortsatte behov for udbygning, og disse er udmeldt via Sundhedsstyrelsen til amterne. Herunder er der fastsat måltal for det/de kommende år. Disse er fulgt op med efterfølgende vurderinger af målopfyldelsen, bl.a. ved opgørelserne af aktiviteten på årsbasis på grundlag af de månedlige indberetninger fra hjertecentrene.

Ministeriet har oplyst, at gruppens vurderinger af behovet for udbygning af aktiviteterne samt Sundhedsstyrelsens udmeldinger herom i høj grad har ligget til grund for de politiske beslutninger, der er truffet om opprioritering af hjerteområdet, og hermed for hjertecentrenes og amternes beslutninger om udbygningen af behandlingskapaciteten.

75. På kræftområdet nedsatte Sundhedsministeriet i maj 1998 en meget bredt sammensat arbejdsgruppe, Kræftstyregruppen, som skulle komme med anbefalinger til forbedringer af indsatsen mod kræft. Gruppens rapport ”National kræftplan – Status og forslag til initiativer i relation til kræftbehandlingen” blev afgivet af Sundhedsstyrelsen i februar 2000.

Kræftplanen indeholder en lang række anbefalinger til forbedring af indsatsen mod kræft, men ikke med det mål at nedbringe ventetiderne til kræftbehandling. En gennemførelse af anbefalingen om at forøge kapaciteten – hvilket er sket – vil dog bidrage til at nedsætte ventetiderne, fx til strålebehandling.

Kræftstyregruppen skulle opretholdes som et permanent udvalg med den opgave at rådgive ministeriet og amterne om behovet for nye initiativer på området samt vurdere, om anbefalingerne blev fulgt. Amtsrådsforeningen har indtil nu afgivet 2 større statusrapporter, den seneste i april 2002, der giver et samlet billede af udbygningen og udviklingen inden for kræftbehandling i Danmark.

Ifølge ministeriet vil Sundhedsstyrelsens Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering (CEMTV) primo 2003 udarbejde en samlet evaluering af kræftplanen.

B. Ventetidsmål samt aktiviteter og dertil knyttede økonomiske forudsætninger i økonomiaftalerne

a. Ventetidsmål

76. Regeringens initiativer over for ventetidsproblemet har især været søgt aftalt i eller i tilknytning til de årlige økonomiaftaler mellem regeringen og Amtsrådsforeningen og Københavns og Frederiksberg Kommuner, som indgås i juni måned for det følgende år. Indholdet af disse aftaler tiltrædes af Finansudvalget ved et særskilt aktstykke.

Som anført i indledningen til beretningen beskrives aftalerne med de 2 kommuner ikke nærmere, idet de indholdsmæssigt svarer til aftalerne med Amtsrådsforeningen.

Ifølge økonomiaftalerne siden 1993 har der mellem parterne været enighed om, at ventetiderne skulle bringes ned gennem ekstraordinær forøgelse af operationskapacitet, øget aktivitet på hjerteområdet, oprettelse af patientvejlederfunktioner samt krav om servicemål for sygehuse. Desuden har der været enighed om behovet for fortsat forbedret registrering af opfølgning på aktivitet og service.

Regeringsinitiativer på ventetidsområdet fremgår endvidere af finanslovaftaler mellem regeringen og forskellige politiske partier.

Finanslovaftalerne for 1998 og 1999 omfattede en præcisering af visse dele af økonomiaftalerne og nogle nye initiativer på sundhedsområdet, herunder indførelse af de førnævnte landsdækkende DRG-takster for mellemamtslige afregninger.

77. Konkrete mål for nedbringelse af ventetider er i de senere år indgået mere direkte i økonomiaftalerne. Således fremgår det af økonomiaftalen for 1999, at parterne var

enige om at arbejde for en maksimal ventetid på 14 dage fra henvisning til forundersøgelse, og at Sundhedsstyrelsen inden udgangen af 1998 skulle opstille overgrænser for den fagligt acceptable ventetid for nogle af de mest alvorlige sygdomme, hvilket har resulteret i bekendtgørelserne om maksimal ventetid for behandling af livstruende sygdomme.

78. I økonomiaftalen for 2000 indgik en udviklingsplan for sundhedsområdet i perioden 2000-2002. I aftalen blev opstillet følgende mål for ventetider:

- Ikke-akutte patienter skal have besked fra sygehuset om tid og sted for undersøgelse/behandling senest 8 hverdage efter henvisning fra egen læge.
- Mindst 85 % af alle patienter – som det er klinisk relevant for – skal tilbydes forundersøgelse inden 4 uger fra henvisning.
- Mindst 85 % af de ikke-akutte kirurgiske heldøgnspatienter skal tilbydes behandling inden 3 måneder fra henvisning.

79. I økonomiaftalen for 2002 var der enighed om, at der ikke bør være patienter, som venter over 3 måneder på behandling, og målet var over en 3-årig periode at afvikle ventetider ud over 3 måneder.

Endvidere var der i aftalen enighed om at supplere servicemålene med følgende:

- Alle patienter skal senest 8 hverdage efter forundersøgelsen have besked fra sygehuset om tid og sted for eventuel behandling.

b. Aktiviteter og dertil knyttede økonomiske forudsætninger

80. Bloktilskuddet til amterne for 1994 blev med henblik på en ekstraordinær forøgelse af operationskapaciteten og en forstærket indsats på hjerteområdet forhøjet med 200 mio. kr.

81. Økonomiaftalen for 2000 indebar en afgørende ændring i forhold til aftalerne for de foregående år, idet den

indeholdt en udviklingsplan for sundhedsområdet i perioden 2000-2002, hvis konkrete udmøntning skulle tilrettelægges i de enkelte amter.

Parterne var ud over de nævnte ventetidsmål enige om følgende målsætninger:

- Høj sundhedsfaglig kvalitet.
- Høj brugertilfredshed med følgende målsætning:
 - Danmark skulle fortsat være blandt de lande i EU, hvor borgerne er mest tilfredse med sundhedsvæsenet.
- Bedre information om service og kvalitet til borgerne. For alle landets sygehuse skulle der offentliggøres:
 - Indikatorer for den kliniske kvalitet, der er alment forståelig.
 - De enkelte sygehuses servicemål.
 - Ventetider.
 - Patienternes tilfredshed med de enkelte sygehuse.
 - Evalueringscenterets undersøgelser af de enkelte sygehuse.
 - Produktivitetsforbedringer på ca. 2 % årligt.

Der var endvidere enighed om, at det inden for det økonomiske råderum bl.a. ville være muligt

- at realisere de overordnede servicemål, herunder målene for ventetid,
- at udbygge kapaciteten til behandling af kræftpatienter, som det forventedes anbefalet i handlingsplanen fra kræftstyregruppen, som skulle færdiggøres inden udgangen af 1999. I 2000 skulle udbygningen af strålebehandlingen påbegyndes,
- at forøge aktiviteten på hjerteområdet – dvs. forundersøgelser og bypassoperationer/ballonudvidelser – i 2000 med 10 % i forhold til 1999.

Der var enighed om, at en realisering af planerne til organisering af opgavevaretagelsen på sygehuse i funktionsbærende enheder, iværksættelse af brugerundersøgelser og supplerende af den hidtil anvendte rammestyring på sygehu-

sene med økonomiske incitamentter til at øge produktiviteten ville medføre effektivitetsgevinster, herunder frigørelse af knappe personaleressourcer. Dette ville sammen med yderligere tilførsel af ressourcer skabe mulighed for at øge service og kvalitet – og dermed realisere målsætningerne inden for det økonomiske råderum.

Parterne var enige om løbende at følge udviklingen i den 3-årige aftaleperiode, 2000-2002. Sundhedsministeriet og Amtsrådsforeningen skulle i fællesskab opstille en ramme for, hvordan udviklingen kunne følges med henblik på en årlig vurdering. Resultaterne skulle indgå i Sundhedsministeriets årlige redegørelser om udviklingen på sygehusområdet.

Det blev lagt til grund, at det økonomiske råderum til forbedringer på sundhedsområdet udgjorde 1,5 %, og herudover forudsat, at der gennem omstruktureringer og bedre arbejdstilrettelæggelse skulle tilvejebringes råderum til yderligere forbedringer af service og kvalitet i behandlingen, svarende til de nævnte 2 % af driftsudgifterne i sygehusvæsenet.

Herudover skulle investeringer i sygehusapparatur til amtskommunerne øges med 250 mio. kr. i 1999 og 500 mio. kr. i 2000.

82. Økonomaftalen for 2001 indeholdt generelt en række forudsætninger om, at de aktiviteter, der var omfattet af den 3-årige udviklingsplan, blev fremmet.

I forbindelse med udmøntningen af kræftplanen, National Strategi for IT i sygehusvæsenet samt gennemførelse af nogle forslag, stillet af den såkaldte Speciallægekommision, skulle det midlertidige bloktilskud for 2000 til apparaturinvesteringer på 500 mio. kr. videreføres og gøres permanent. Herudover skulle bloktilskuddet forhøjes med 203 mio. kr., jf. FL 2000.

83. Økonomaftalen for 2002 var udtryk for, at den 3-årige udviklingsplan for sundhedsområdet 2000-2002, der indgik i økonomaftalen for 2000, skulle følges og udbygges på nogle punkter, bl.a. ved at antallet af behandlinger skulle øges med ekstra 20.000 på landsplan i 2002, og tilsvarende i henholdsvis 2003 og 2004.

Det blev lagt til grund for aftalen, at der ud af amternes økonomiske råderum målrettedes 1.575 mio. kr. til sund-

hedsområdet, ekskl. medicintilskud. I Akt 269 27/6 2001 var dette beløb specificeret med bl.a. 350 mio. kr. til ventetidsplanen, 500 mio. kr. til kræftplanen og 75 mio. kr. til hjerteplanen, i alt 925 mio. kr., der har betydning for nedbringelsen af ventetider.

C. Opfølgning på økonomiaftaler og planer

84. Den overordnede opfølgning på de planer og aktiviteter, der forudsættes gennemført af sygehusene i henhold til økonomiaftalerne, foregår i et samarbejde mellem Finansministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet, hvor data om de sundhedspolitiske problemstillinger, fx ventetider e.l., tilvejebringes af Sundhedsministeriet, mens vurderingen og eventuelle drøftelser med Amtsrådsforeningen ofte sker i et samarbejde med Finansministeriet.

Ministeriet har over for Rigsrevisionen fremhævet, at der er tale om en generel styring og opfølgning, som respekterer den i lovgivningen fastlagte decentraliserede opgavevaretagelse på de amtskommunale serviceområder, der efter deres karakter ikke forudsætter nogen detailstyring eller giver ministeriet værktøjer hertil. Hertil kommer, at aftalerne indgået med Amtsrådsforeningen ikke er bindende i juridisk forstand for amtskommunerne.

Det må også nævnes, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet udøver sin indflydelse, som det selv udtrykker det, ”på grundlag af aktiviteterne – og ikke pengene”. Ministeriets løbende påvirkning af sygehussektoren hviler således ikke på oplysning om de samlede udgifter til behandling af de enkelte sygdomme eller andre initiativer, hvilket skyldes, at de midler, som staten har ydet på grundlag af økonomiaftalerne, er bloktilskud, for hvilke amterne ikke skal aflægge regnskab.

85. Mens der for hjerte- og kræftsygdomme ved nedsættelse af Hjertefølgegruppen og Kræftstyregruppen blev etableret særlige opfølgingsforanstaltninger, har dette ikke været tilfældet vedrørende øvrige sygdomme, der har været omfattet af ventetidsproblematikken.

Hvad angår disse øvrige sygdomme, fulgte Ventetidsudvalget udviklingen på området i perioden 1993 - februar 1997 og foretog i sin afsluttende rapport mere generelt en samlet, kvantitativ opfølgning på økonomiaftalerne vedrørende 1993-1995, for så vidt angår ventetidsområdet.

86. Økonomaftalen for 2000 med dertil knyttet udviklingsplan for 2000-2002 frembød en væsentlig ændring i forhold til de tidligere aftaler i den forstand, at den omfattede en lang række konkrete planer og aktiviteter.

I efteråret 1999 etablerede ministeriet en følgegruppe, der fik til opgave at følge udviklingen i disse planer og aktiviteter. I gruppen sidder repræsentanter for ministeriet, Sundhedsstyrelsen, Amtsrådsforeningen og H:S. Gruppen holder møder efter behov, i 2000 således 6 møder, og i 2002 pr. 1. august foreløbig blot 1 møde. Der udarbejdes ikke mødereferater, men oplysninger på møderne om fremdriften i aktiviteterne, aftalt i økonomaftalerne 2000-2002, noteres ved ajourføring af et særligt udarbejdet opfølgningsskema.

De ajourførte skemaer og andre kilder, fx Landspatientregisteret, danner grundlag for ministeriets årlige publikation, ”Sundhedspolitik redegørelse”, der er en nydannelse, ligeledes skabt på baggrund af økonomaftalen for 2000. Redegørelsen tilgår bl.a. Folketingets sundhedsudvalg. I de indtil nu afgivne redegørelser fra maj 2000, 2001 og 2002 gøres der status over sundhedspolitik og sundhedstilstand, ligesom der bringes analyser og beskrivelser af hovedområderne i sundhedssektoren, herunder primærsektoren.

Rigsrevisionens bemærkninger

Undersøgelsen har vist, at ministeriets rolle i initiativerne til nedbringelse af ventetiderne navnlig har bestået i gennem økonomaftalerne og deltagelse i relevante kommissioner og udvalg mv. at fastsætte ventetidsmål og at påvirke sygehus-ejerne til at yde en indsats på særlige områder, der kan bidrage til at nedbringe ventetiderne, eventuelt suppleret med aftaler om bloktilskudsforhøjelser og anvendelse af amternes økonomiske råderum til ventetidsnedsættelse. I overensstemmelse med lovgivningens ansvarsfordeling kan ministeriet ikke influere på sygehusenes nærmere dispositioner, hverken med hensyn til økonomi, planlægning eller opfølgning.

I den undersøgte periode, navnlig fra 2000, er der med en 3-årig udviklingsplan for sundhedsområdet sket en tydeliggørelse og systematisering af grundlaget for, at ministeriet kan påvirke og følge aktiviteterne, bl.a. til nedbringelse af ventetiderne.

D. Særlige puljemidler

a. Omstillings- og incitamentspuljen i 1997

87. På finansloven for 1997 blev der under § 16.51.75. Omstillings- og incitamentspulje (reservationsbevilling) afsat 250 mio. kr. til en forstærket indsats på sundhedsområdet.

I anmærkningerne til finansloven var det oplyst, at ”fra puljen kan der, bl.a. med henblik på at reducere ventetiden på behandling, ydes tilskud til fx: projekter, der effektiviserer sygehusdriften, forbedrer samarbejdet og øger anvendelsen af ny teknologi mv.”

Baggrunden herfor fremgik nærmere af et notat af 29. november 1996 fra Finansministeriet. Ifølge notatet skulle midlerne i puljen tilskynde sygehusene til at yde en ekstra indsats og udnytte den eksisterende kapacitet bedre for derigennem at reducere ventetiderne.

Den nærmere fordeling af puljemidlerne skulle finde sted på grundlag af Sygehuskommissionens betænkning ”Udfordringer i Sygehusvæsenet”. Den udkom i januar 1997.

88. Ministeriet afgav i april 1997 en rapport om, hvorledes puljemidlerne skulle udmøntes. Ministeriet har oplyst, at rapporten var baseret på en aftale fra foråret 1997, hvor der opnåedes forståelse mellem Sundhedsministeriet og Amtsrådsforeningen/H:S om, hvilke projekter der skulle støttes med tilskud. Det fremgik af rapporten, at der var 9 prioriterede indsatsområder, som generelt fulgte anbefalingerne fra Sygehuskommissionen. Det var tilstræbt at udvælge projekter inden for samtlige prioriterede områder, så der var en vis bredde i anvendelsen af puljemidler. I alt ville 200 mio. kr. blive fordelt til 86 projekter over hele landet.

De 9 prioriterede indsatsområder var følgende:

- Patientforløb
- Alternative pleje- og genoptræningsforanstaltninger
- Ledelse og uddannelse
- Elektive enheder (varetager planlagte behandlinger)
- Enstrenget vagtsystem
- Elektronisk booking
- Informationsteknologi
- Kontraktstyring
- Nye økonomiske incitamenter.

Der var i rapporten afsat beløb til hvert af indsatsområderne fordelt på antal projekter med en kort generel beskrivelse af, hvori indsatsen skulle bestå. Endelig var hvert enkelt af de 86 projekter kort beskrevet og opdelt på amter.

Med henblik på at udmønte de 200 mio. kr. modtog ministeriet medio marts 1997 de nærmere specificerede ansøgninger fra amterne og H:S vedrørende de enkelte projekter.

89. Rigsrevisionens undersøgelse viste, at der i overensstemmelse med aftalen var ydet tilskud til projekterne. Enkelte var dog siden blevet annulleret. Der var pr. ultimo 2001 ydet tilskud for i alt godt 189 mio. kr.

Ud over dette beløb, som vedrører de her omhandlede projekter, blev der til hjerteområdet anvendt 35,9 mio. kr. og til landsdækkende projekter, navnlig vedrørende elektroniske patientjournaler, 16,6 mio. kr.

90. Det drejede sig om almindelige statslige tilskud for hvis anvendelse, der, jf. rigsrevisorlovens § 4, skal aflægges revideret regnskab. Rigsrevisionens gennemgang af et antal projektsager viste, at der i overensstemmelse med ministeriets krav herom var aflagt revideret regnskab for projekterne – i langt de fleste tilfælde af Kommunernes Revisionsafdeling – samt rapport fra tilskudsmodtagerne om det enkelte projekt. Rapporterne indeholdt i mange tilfælde en vurdering af effekten af projektindsatsen, ledsaget af anbefalinger vedrørende amtets fremtidige indsats på området.

91. Sundhedsministeriet, Amtsrådsforeningen og H:S var i aftalen fra foråret 1997 enige om, at projekterne burde gøres til genstand for en efterfølgende tværgående evaluering og erfaringsformidling. Rigsrevisionen bemærkede, at dette ikke var sket.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet oplyste i april 2002 på Rigsrevisionens forespørgsel, at ”ministeriet efter gennemgang af de gennemførte projekter ikke har fundet behov for at iværksætte en generel evaluering af projekterne. Ministeriet har i stedet valgt at evaluere de væsentligste projekter.”

Det drejede sig nærmere bestemt om, at ministeriet i 1998 besluttede at få evalueret en række projekter fra pul-

jen vedrørende henholdsvis elektiv kirurgi og unødige indlæggelser. Evalueringerne, der blev foretaget af et privat konsulentfirma og den selvejende institution Dansk Institut for Sygehusvæsen, valgt efter en udbudsforretning, resulterede i rapporterne ”Evaluering af elektive enheder støttet af Sundhedsministeriets Omstillings- og incitamentspulje”, 1999 og ”Unødige indlæggelser på medicinske afdelinger – evaluering af tre omstillingsforsøg”, marts 1999. Ministeriet har over for Rigsrevisionen betegnet disse projekter som de væsentligste under puljen.

Ifølge ministeriet havde de 2 rapporter sammen med resultaterne i projektrapporterne vedrørende de øvrige aktiviteter bl.a. dannet baggrund for ministeriets sundhedspolitiske redegørelser og politikformulering. I forbindelse med økonomiaftalen for 2000 blev der således indgået aftale om udviklingen på sygehusområdet 2000-2002, som bl.a. tog afsæt i erfaringerne fra Omstillings- og incitamentspuljen.

De 2 projekter – til i alt 5,6 mio. kr. – var blandt de landsdækkende projekter, der fik tilskud fra Omstillings- og incitamentspuljen. Efter Rigsrevisionens vurdering omfattede denne evaluering kun en beskedent andel af de mange projekter, der støttedes med tilskud.

92. Af ministeriets projektsager fremgik intet om grundlaget for beslutningen om at undlade gennemførelsen af den forudsatte tværgående evaluering. Generelt indeholdt sagerne heller ikke referat eller anden synlig oplysning om, hvorvidt de modtagne regnskaber og rapporter var blevet gennemgået. Omstillings- og incitamentspuljen er ikke nævnt i udviklingsaftalen 2000-2002.

Ministeriet oplyste, at der var foretaget sagsbehandling i ministeriet af regnskaber og rapporter, herunder bl.a. stillingtagen til spørgsmålet om godkendelse af projekterne, amternes egenfinansieringsandel, grundlaget for udbetaling af tilskud og rater, projektførelser samt rapportering og regnskaber vedrørende de enkelte projekter – men, at der ikke blev foretaget notat på sagerne, hvis ovennævnte forhold ikke gav anledning til bemærkninger.

b. Pulje i 2002 til at øge behandlingskapaciteten

93. På finansloven for 2002 er der afsat en pulje på 1,5 mia. kr. til forøgelse af behandlingskapaciteten på sygehu-

sene. Desuden er der pr. 1. juli 2002 indført den før beskrevne udvidelse af det frie sygehusvalg, hvis hjemmet ikke på egne sygehuse eller sygehuse, man samarbejder med, kan tilbyde undersøgelse og behandling inden for 2 måneder. Udmøntningen af de 2 initiativer fremgår af lovforslag L64, som blev vedtaget den 19. marts 2002 (lov nr. 143 af 25. marts 2002 om ændring af lov om sygehusvæsenet).

De 1,5 mia. kr. skal finansiere planlagt (elektiv) meraktivitet i forhold til det aktivitetsniveau for 2002 (baseline), som allerede var aftalt med amterne, og som der i økonomiaftalen for 2002 var skabt finansiering til.

Ifølge Indenrigs- og Sundhedsministeriet er den samlede pulje forhåndsfordelt på amterne og H:S på grundlag af værdien af deres beregnede elektive sygehusforbrug for 2000-2001 ved et landsgennemsnitligt køns- og aldersbettinget forbrug.

Amterne og H:S opnår tilskud fra puljen i det omfang, de i 2002 dokumenterer en meraktivitet i forhold til den beregnede baseline. Hvert amt og H:S kan maksimalt opnå et tilskud fra puljen, svarende til den andel, som amtet/H:S har fået tildelt på forhånd.

De enkelte amters andele af det samlede tilskud udbetales i første omgang i form af månedlige acontotilskud i løbet af 2002. Den endelige opgørelse af størrelsen af det tilskud, som hvert amt for 2002 er berettiget til, foretages pr. 1. april 2003 ved at sammenholde summen af de løbende udbetalte acontotilskud med den faktisk præsterede meraktivitet i amterne for 2002.

Det er en forudsætning for at opnå tilskud, at alle amter og H:S har udarbejdet en model, der sikrer, at det statslige tilskud til meraktivitet tilfalder de afdelinger og klinikker mv. i sygehusvæsenet, der har præsteret meraktiviteten. Alle amter og H:S har i starten af maj opnået indenrigs- og sundhedsministerens godkendelse af modellerne.

Rigsrevisionens bemærkninger

Rigsrevisionen vurderer, at erfaringerne fra projekterne, der fik tilskud under Omstillings- og incitamentspuljen, er blevet anvendt i udviklingen af sygehusvæsenet, men finder, at ministeriets gennemgang af projektrengskaber og rapporter burde have været dokumenteret, og at nytten af projekterne samlet burde have været belyst.

Med hensyn til den pulje på 1,5 mia. kr., der i 2002 fordeles til sygehusafdelinger og klinikker mv. under amterne og H:S, er forholdet det, at disse over for ministeriet skal dokumentere en meraktivitet for at få del i midlerne. Den endelige opgørelse af tilskuddenes størrelse vil først blive foretaget i april 2003. Rigsrevisionen har hæftet sig ved, at ministeriet ved denne ordning mere direkte end tidligere kan påvirke indsatsen i sygehussektoren, og at der er særlig lovhjemmel hertil.

Rigsrevisionen, den 2. oktober 2002

Henrik Otbo

/Leif Grünfeld

Bilag 1

International sammenligning

1. Dette bilag er udarbejdet af Rigsrevisionen på baggrund af publikationen ”Danmark som Foregangsland – Kvalitet, Service og Effektivitet i Sygehusvæsenet”, udgivet af regeringen i maj 1999, der især bygger på resultaterne af en international ”benchmarking” af sygehussektoren, som Sundhedsministeriet iværksatte i foråret 1998. Endvidere er der hentet oplysninger fra en artikel om ”Ventetid til elektiv kirurgi” i Ugeskrift for Læger fra 8. oktober 2001 samt en beskrivelse fra Lægeforeningen om patientrettigheder udgivet i maj/juni 1996.

2. I alle lande, hvor det offentlige styrer udbuddet af sundhedsydelser, og hvor der ikke er nogen betydende brugerbetaling for sygehusbehandling, er der tendens til at opstå ventetidsproblemer. Dette skal ses i lyset af, at der i de vestlige lande er et stadigt voksende efterspørgselspres på sygehusvæsenets ydelser som følge af bl.a. ændrede demografiske forhold, den medicinske og teknologiske udvikling samt større krav fra befolkningen om hurtig og effektiv behandling.

I den nævnte ”benchmarking” fra 1998 foretog Sundhedsministeriet en undersøgelse med særlig fokus på at vurdere kvalitet, service og effektivitet i det danske sygehusvæsen. Analysen tog udgangspunkt i en sammenligning med sygehusvæsenet i lande, som på mange måder lignede det danske. Det drejede sig foruden Danmark om 8 lande: Sverige, Norge, Holland, England, Tyskland, Frankrig, Belgien og New Zealand.

3. Indledningsvis kan det fra publikationen oplyses, at kapaciteten i det danske sygehusvæsen er på niveau med de øvrige lande. Dette gælder både for udgifterne til sygehusvæsenet, for antallet af sengepladser og for antallet af udøvende læger i hele sundhedsvæsenet. Tilsvarende svarer forbruget af indlæggelser og sengedage i Danmark til forbruget i de øvrige lande, når der er korrigeret for køn- og alderssammensætning.

4. Det fremgik af publikationen, at der til tider opstår ventetidsproblemer i alle lande. Dette er fx tilfældet, når en ny

behandlingsmetode skal indføres, fordi det kræver nyt apparatur og oplæring af personale. Ligeledes vil der være ventetider på organtransplantationer som følge af mangel på donorer. Det er imidlertid uundgåeligt, at sådanne situationer opstår, og det bør derfor ikke opfattes som egentlige ventetidsproblemer. Når der ses bort fra disse forhold, har Frankrig, Belgien og Tyskland ifølge publikationen ikke ventetidsproblemer i forbindelse med sygehusbehandling.

I et forsøg på at sammenligne ventetider i forskellige lande blev der indhentet data for 7 udvalgte operationer; brystkræft, diskusprolaps, fjernelse af livmoder, prostata, nedsunken livmoder og inkontinens, kunstig hofte og kunstig knæ, der alle er kendetegnet ved, at de hyppigt udføres i de respektive lande. Undersøgelsen var begrænset til Danmark, Sverige og Storbritannien, idet ovennævnte 3 lande som nævnt ikke havde ventetidsproblemer, og fordi New Zealand og Holland ikke kunne opgøre ventetider som anvist fra dansk side. Der var formentlig fejlagtigt anført USA i stedet for New Zealand. Norge var ikke medtaget i sammenligningen.

For de 7 operationer var ventetiden ifølge publikationen kortere i Danmark og Sverige end i Storbritannien. Antallet af operationer, der udførtes, varierede mellem landene. For de fleste sygdomme havde Danmark en større operationshyppighed end Storbritannien, men mindre end Sverige.

5. I en artikel i Ugeskrift for Læger fra oktober 2001 om ventetid til elektiv kirurgi gengiver forfatteren, som er ansat ved Institut for Sundhedsvæsen, resultatet af en undersøgelse af ventetiden for en række udvalgte behandlinger i Norge, Finland og Danmark.

Disse lande og behandlinger var udvalgt med henblik på at sikre den størst mulige sammenlignelighed. Det fremgik af artiklen, at det så vidt muligt var tilstræbt at få bragt overensstemmelse mellem definitionerne af de enkelte indgreb og de definitioner, som anvendtes af den danske sundhedsstyrelse. Sverige indgik oprindeligt i undersøgelsen, men da ventetiderne i Sverige opgøres på ikke sammenlignelig måde med de øvrige lande og siden 1999 efter det enkelte lens bestemmelser, var de svenske forhold udeladt.

Nedenstående tabel viser resultatet af den pågældende undersøgelse, dvs. den gennemsnitlige ventetid til operation

for 9 udvalgte sygdomme, henholdsvis i Danmark, Norge og Finland i 1999.

Gennemsnitlig ventetid for 9 udvalgte sygdomme i Danmark, Norge og Finland i 1999

Sygdom	Danmark	Norge	Finland
	----- Dage -----		
Brok.....	108	174	-
Galdesten.....	93	153	125
Sterilisation kvinder	149	199	-
Hoftetotalalloplastik	160	227	185
Knæalloplastik.....	164	295	229
Bypass	-	143	52
Åreknuder	184	275	262
Fjernelse af mandler	82	178	49
Grå stær.....	185	214	261

Det fremgår af oversigten, at ventetiden for behandlinger er kortest i Danmark, bortset fra fjernelse af mandler. Ventetiden for bypassoperation i Danmark er ikke oplyst, idet den er omfattet af bestemmelserne om maksimal ventetid.

Der er i såvel Norge, Finland som Sverige i henhold til love om patientrettigheder i løbet af 1990'erne stillet garantier for behandling inden for visse frister af en række sygdomme.